FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

348

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis MAGNIER

Né à Blangy-sur-Bresle (Seine-Inférieure), le 8 avril 1885

Ancien interne de l'hôpital de Versailles

TUBERCULOSE

ET

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. LETULLE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

(*In memoriam*)

A MA GRAND-MÈRE

(*In memoriam*)

A MA TANTE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LETULLE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

À MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MESSIEURS LES DOCTEURS LAURENT, MAUGER
LEGRAND

Médecins de l'Hôpital de Versailles

MESSIEURS LES DOCTEURS BROUSSIN, PARELLE
VILLON, MILON

Chirurgiens de l'Hôpital de Versailles

MEIS ET AMICIS

TUBERCULOSE ET FIÈVRE TYPHOÏDE

INTRODUCTION

La tuberculose et la fièvre typhoïde peuvent-elles évoluer à la fois chez le même individu ou ces deux affections sont-elles antagonistes ?

Ces deux opinions eurent chacune leurs défenseurs ; actuellement la doctrine de l'antagonisme ne semble plus devoir être rappelée qu'à titre purement historique.

Nous avons pu nous-même, à l'hôpital de Versailles, observer de nombreux cas de fièvre typhoïde et chez quelques-uns de ces malades la coexistence de la tuberculose et de la typhoïde ne fut nullement douteuse.

Il nous a paru intéressant de reprendre cette question de l'antagonisme des deux affections, non point pour montrer que l'antagonisme n'existe pas, c'est chose suffisamment démontrée, mais pour essayer en reproduisant quelques-unes des observations anciennes et les nôtres personnelles de tirer quelques conclusions d'utilité pratique.

Nous ferons donc dans un premier chapitre l'historique de la question, puis dans les chapitres suivants nous verrons, en prenant comme point fixe la fièvre typhoïde, que la tuberculose peut lui être antérieure, contemporaine ou postérieure. *Antérieure*, c'est-à-dire que chez un tuberculeux chronique peut se développer comme chez tout autre individu une dothiénenterie ; nous verrons l'influence que peut avoir l'une sur l'autre chacune de ces deux affections. *Contemporaine*, c'est-à-dire que peuvent évoluer simultanément dans un même organisme une fièvre typhoïde et une tuberculose aiguë. Nous insisterons sur la difficulté du diagnostic clinique de ces deux affections associées, et nous verrons là encore si une influence quelconque peut être exercée par l'une d'elles sur l'autre. *Postérieure*, enfin, c'est-à-dire qu'au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde éclôt une tuberculose qui n'existait pas jusque-là ou plus souvent se réveille un foyer tuberculeux latent et insoupçonné.

Enfin, nous essayerons de dire quelques mots du traitement et dans nos conclusions, nous insisterons sur quelques points qui n'ont pas encore, semble-t-il, été bien mis en lumière par nos devanciers.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

« Deux actions morbides, écrit J. Hunter, ne peuvent avoir lieu en un seul et même temps, soit dans la même constitution, soit dans la même partie. » Cet aphorisme ne peut résister à l'observation de chaque jour ; d'ailleurs Hunter qui avouait lui-même avoir exagéré sa pensée, dut-il entrer dans de subtiles discussions pour soutenir sa proposition.

Néanmoins, l'idée d'un antagonisme n'est point une idée fausse. Il existe, et nous n'en doutons point, une sorte d'inimitié, d'antipathie, de lutte entre certains états. « Si l'antagonisme se démontre de lui-même par la rareté des alliances de certaines maladies entre elles, il se révèle d'une manière non moins positive par le mode de rapports et d'influences qu'exercent les maladies antagonistes les unes sur les autres. »

Ainsi dans les cas où des causes inconnues sont parvenues à triompher de la force d'antagonisme et à contraindre deux maladies antipathiques à se rapprocher et pour ainsi dire à cohabiter dans le même

individu, il est d'observation que ces maladies subissent le plus ordinairement des modifications plus ou moins notables, soit dans leur expression symptomatique, soit dans leur marche, de sorte que ces anomalies ou ces déviations témoignent encore à leur manière du caractère antipathique de ces deux affections et, en quelque sorte, de leur association violente et contraire à leur nature.

Et d'abord, qu'entend-on par antagonisme ? Monneret définit ainsi la chose : « L'antagonisme, c'est la faculté donnée à l'organisme soit par le milieu ambiant, soit par une affection actuelle ou passée, de résister aux atteintes d'une autre affection. On peut encore définir plus brièvement l'antagonisme en disant que c'est l'incompatibilité qui existe entre deux affections et qui a été créée par une première atteinte de l'une d'elles. » Ce qui reviendrait à dire pour la question qui nous occupe que bacille d'Eberth et bacille de Kock s'excluent réciproquement sur un même terrain.

Or, très longtemps on affirma l'antagonisme de la tuberculose et de la fièvre typhoïde ; on n'affirmait point de façon absolue, et même les plus chauds partisans de l'antagonisme admirent des exceptions, mais pour beaucoup, pendant presque un demi-siècle, la coexistance fut l'exception qui confirme la règle ; et, en tous cas, quand la fièvre typhoïde « venait à s'emparer comme de vive force de ces organismes mal préparés, elle perdait le plus générale-

ment ses caractères de maladie franche et régulière pour revêtir les apparences les plus insolites. »

« La fièvre typhoïde plus forte que tous les obstacles a pu se développer sur un terrain contraire et hostile, écrit Thirial au sujet d'un tuberculeux qui fit une typhoïde, c'est vrai ; mais ici ne voit-on pas l'antagonisme éclater jusque dans ces anomalies elles-mêmes et se trahir encore par cette sorte de dégénérescence de la maladie. »

Nous allons voir comment cette idée a évolué et comment à l'heure actuelle l'observation clinique nous permet de constater que des tuberculeux peuvent contracter la typhoïde, ou des typhiques voir se développer chez eux des lésions bacillaires jusque-là latentes.

Il semble qu'avant Laënnec on ait complètement ignoré les rapports de la fièvre typhoïde et de la tuberculose.

Louis, en 1830, notait dans 46 autopsies de typhiques, quatre fois la présence de production tuberculeuses récentes dans le poumon.

Andral signale la tuberculose qui complique parfois la convalescence de la fièvre typhoïde.

Mais il faut attendre le milieu du siècle dernier pour voir s'édifier le dogme de l'antagonisme avec ses partisans et ses détracteurs.

En 1853, Thirial écrivait : « S'il est vrai, ainsi que l'a affirmé M. Barthez et comme j'ai essayé de le montrer, que les maladies graves en général sont un obstacle au développement actuel de la fièvre typhoïde, je

ne crains pas de dire qu'il n'est pas d'affection où ce fait éclate avec plus d'évidence que pour la phtisie pulmonaire, à tel point même que l'opposition entre ces deux maladies s'élève jusqu'à une sorte d'incompatibilité. » Néanmoins il écrit plus loin : « Loin de moi la pensée qu'un individu, portant des tubercules dans les poumons ou dans d'autres organes jouisse par ce seul fait d'une immunité complète et absolue contre la fièvre typhoïde, non assurément ; je n'ignore pas, en effet, que chez des personnes ayant succombé à la fièvre typhoïde, il est arrivé parfois de trouver des tubercules à l'état latent qui ne constituaient pas encore une véritable maladie. »

Leudet, Taupin, Mercier, Valleix, Monneret combattent le dogme de l'antagonisme.

Forget, Godelier, Pidoux, Paul Damaschino, G. de Mussy le soutiennent.

Villemin n'est guère convaincu.

Fleurot dans sa thèse de 1872, relate quatre observations de « phtisie consécutive à la fièvre typhoïde ».

Rillet et Barthez au contraire, croient que « si la fièvre typhoïde exerce une influence sur la tuberculose, cette influence est loin d'imprimer une marche plus rapide à la lésion pulmonaire, elle contribue à faire passer les tubercules à l'état crétacé », et Perroud (de Lyon) dans son enthousiasme va jusqu'à proposer pour empêcher l'éclosion de la tuberculose l'inoculation de la fièvre typhoïde !

Révillod, au Congrès de médecine de Montpellier

(1898), après avoir énuméré le goitre, l'érysipèle, la scarlatine, ajoutait : « Comme Franck je crois que la fièvre typhoïde peut également être considérée comme antagoniste de la tuberculose. Réserve faite des erreurs de diagnostic tenant à la polymorphie clinique de la fièvre typhoïde, les faits connus de tuberculose et de fièvre typhoïde simultanées sont assez rares, pour ne pas être une objection sérieuse à cette idée. Pour ma part, sur 1.614 tuberculeux qui ont passé dans mon service de 1890 à 1896, j'en ai rencontré seulement 49 comptant la fièvre typhoïde dans leurs antécédents, et dans deux cas, l'intervalle minimum fut de deux ans ; enfin parmi ces malades, bon nombre ont guéri de leur tuberculose. »

Pourtant bien que nombre d'auteurs et non des moins illustres fussent partisans de l'antagonisme, beaucoup d'autres, nous l'avons vu, envisagaient la question sous un autre aspect ; et déjà dès 1866, Peter dans sa thèse d'agrégation donnait la pathogénie de cette association morbide : « Parmi les affections aiguës, celles qui auront le plus d'action sur la diathèse tuberculeuse et la feront le plus sûrement se localiser sur les voies respiratoires sont évidemment celles qui sont générales, puisqu'elles débilitent l'organisme, et surtout celles qui, outre qu'elles sont générales, portent plus spécialement leurs déterminations morbides sur les organes de la respiration. La preuve de ce que je dis se trouve dans ce fait que la tuberculisation succède assez souvent à la fièvre typhoïde, affection générale et déprimante. »

En effet, les typhiques, soumis à une diète prolongée et à une débilitation profonde, toutes conditions qui doivent favoriser l'éclosion des tubercules, surtout chez des malades qui sont placés dans des milieux tels que les services hospitaliers où la contagion bacillaire est si facile, sont-ils plus aptes que d'autres à contracter la tuberculose.

Depuis cette époque, nombreux sont les observateurs qui ont signalé la coexistence des deux maladies ou l'éclosion de l'une d'elles au cours de l'autre.

Gerhardt dans son *Manuel des maladies des enfants* (1877) écrivait : « La phtisie est très souvent observée à titre de maladie consécutive. Il est bon de noter cependant que la plupart du temps ce sont des enfants déjà phtisiques, chez lesquels la fièvre typhoïde a imprimé une marche plus rapide à la maladie première. »

Le Covec en publie 2 cas en 1878, Regis Gral 5 cas en 1883, Javez, 4 cas (1883). 2 cas publiés par Galliard (1888). Les thèses de Bobinet (1888), Dodero (1894) en contiennent également un certain nombre.

Sarda et Villard (1893) rapportent le premier cas observé et contrôlé par l'autopsie de fièvre typhoïde et tuberculose aiguë évoluant simultanément.

En 1894, Kalendero en publie un second cas dans *la Presse médicale de Vienne*.

Saleur (1895), Vergnaud (1900), Jaubert (1906), reprennent la question et publient à leur tour quelques observations.

A l'étranger, non plus on ne s'est point désintéressé de la question. Déjà en 1835, Rokitanski, en Allemagne, écrivait : « Le développement du typhus abdominal en même temps que la tuberculose est un phénomène très rarement observé ; même dans ce cas, les tubercules ne sont pas très nombreux », opinion partagée par Lebert et Eichhorst.

Vogel (1860), Griesinger (1868), émirent des idées contraires ; puis Hoffmann, Betke, Niemeyer, Birsch-Hirchfeld, Gehrardt, Heuschert, publient des observations à l'appui de cette thèse.

En Angleterre, Williams (1870) nie l'antagonisme.

Bartlett a souvent vu en Amérique la tuberculose éclore au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde.

Enfin Allyn (1897) et plus récemment Roth (1911), et Scarisbrich (1911) publient des observations d'association bacillo-typhique.

Expérimentation

Pour prouver expérimentalement que cet antagonisme n'était qu'un mythe, Arloing et Dumarest, entreprirent toute une série d'expériences.

Un grand nombre de cobayes furent imprégnés de culture de bacille typhique, les survivants et un nombre égal de cobayes témoins, furent ensuite inoculés avec du virus tuberculeux. Les animaux des deux séries s'infectèrent au même degré : à l'autop-

sie il fut impossible de distinguer les cobayes témoins, des cobayes imprégnés de bacilles typhiques.

Ces expériences étaient concluantes, pourtant les auteurs voulurent aller plus loin. Ils essayèrent de crèer chez le cobaye l'état réfractaire ou l'état résistant, soit par l'imprégnation par la toxine typhique, soit par l'imprégnation par le sérum Eberth. Trois lots de dix cobayes furent choisis, le premier servant de témoin, le second reçut la toxine filtrée, le troisième le sérum, les injections de sérum et de toxine furent faites pendant cinq semaines ; malgré cette imprégnation forte, tous les animaux dans les trois lots purent contracter une tuberculose généralisée.

Dans une autre série d'expériences, la toxine et le sérum furent employés à titre curatif. Les animaux préalablement tuberculisés, furent soumis à des injections de sérum et de toxine ; tous, sans distinction, ont succombé à une tuberculose très étendue.

Aussi les auteurs concluent-ils : « L'imprégnation de l'organisme par des cultures complètes de bacille d'Eberth, par de la toxine filtrée, ou par du sérum de sujets immunisés, faite avant ou après inoculation de bacilles de Koch,est incapable d'empêcher la tuberculisation du cobaye. Toutefois, pratiquée avant l'inoculation tuberculeuse, l'imprégnation par le sérum a paru augmenter dans une faible mesure la résistance des cobayes à la tuberculose. Les idées des cliniciens qui admettent l'antagonisme de la tuberculose et de la fièvre typhoïde ne sont donc pas

vérifiées par l'expérimentation, mais il ne serait pas impossible que l'on eût constaté un temps d'arrêt ou quelque amélioration chez certains convalescents de fièvre typhoïde dont le sérum aurait acquis des qualités analogues à celles qui existent dans le sérum des sujets immunisés artificiellement. »

De son côté, Rodet (1899), dans des expériences analogues, arrive aux mêmes conclusions. On avait prétendu immuniser contre la tuberculose en imprégnant l'organisme de produits du bacille d'Eberth. Rodet prit donc neuf cobayes auxquels il inocule le 23 avril, sous la peau de la cuisse de la tuberculose humaine de virulence faible. Trois servent de témoins, six sont traités, les uns par des cultures de bacille coli, les autres par des cultures de bacille d'Eberth. Il s'agissait donc de rechercher un effet curatif. Les injections sont faites à intervalles de quelques jours du 5 mai au 11 juillet, soit pendant un peu plus de deux mois. Trois sujets reçoivent sous la peau des cultures de bacille d'Eberth, filtrées sur porcelaine, à dose croissante de 2 à 10 centimètres cubes, faisant un total de 63 centimètres cubes pour 12 injections. Malgré ce traitement et quoiqu'il s'agit de tuberculose peu virulente, tous les sujets sont morts dans des délais qui ont varié de cent dix à deux cents jours. Ils étaient porteurs d'une tuberculose généralisée très intense, même dans les poumons qui étaient farcis de tubercules. Chez les témoins, au bout de trois mois les lésions avaient largement envahi la rate et le foie, mais elles commençaient à

peine dans les poumons ; chez les sujets traités, les poumons étaient criblés de tubercules confluents.

De cette expérience, Rodet conclut : « Il est donc très vraisemblable que l'évolution n'a pas été entravée chez les sujets traités ; en tout cas le traitement n'a pas empêché le processus de parcourir sa dernière étape, d'envahir le poumon, et d'y acquérir une grande intensité. »

Fréquence de l'association typho-tuberculeuse

D'après Saleur, l'association typho-tuberculeuse est plutôt monnaie rare. Il est très difficile, dit-il, de recueillir des chiffres : « L'association varie beaucoup suivant les statistiques qui, il faut bien le dire, n'ont qu'une valeur relative, car elles n'indiquent nullement d'une façon précise, quel était l'état anatomique, l'âge, et l'étendue des lésions tuberculeuses. »

En réalité, si l'on s'en tient à toutes les lésions bacillaires rencontrées à l'autopsie, le pourcentage pourra s'élever. Les cas dans lesquels la fièvre typhoïde survient chez un tuberculeux sont relativement fréquents. Ce qui l'est moins, c'est la coïncidence d'une tuberculose aiguë et d'une fièvre typhoïde : les observations en sont rares et cela pour plusieurs raisons : la rareté même de l'association en est la principale ; puis, avant la séro-réaction agglutinante du professeur Widal, on n'avait guère, en

dehors de l'autopsie, de moyen de contrôle direct sur la fièvre typhoïde, et nombre de cliniciens durent hésiter avant de faire un diagnostic double. Bien des typhoïdes associées à la tuberculose aiguë durent être étiquetées soit typhoïde grave, soit tuberculose à forme adynamique, et plus tard, lorsque le professeur Landouzy eut décrit son type : typhobacillose.

Au cours de la convalescence un typhique peut ou réveiller un foyer latent ou contracter une tuberculose qu'il n'avait pas auparavant. Il ne faudrait pourtant pas exagérer et jeter le cri d'alarme chaque fois que dans un poumon on entend quelques râles qu'on ne devrait point y trouver. Il existe, en effet, au cours de la dothiénentérie des phénomènes pulmonaires, d'ordre congestif, qui n'ont absolument rien à voir avec une infection bacillaire.

Pour M. Milian, qui nie la fréquence de cette complication, ce qui la fait redouter, ce sont surtout l'apparition de signes thoraciques anormaux et la marche insolite de la température. En effet, il n'est pas rare de trouver chez le typhique, sous la clavicule droite, une inspiration rude et des râles plus ou moins humides : ces signes stéthoscopiques tiennent à la congestion broncho-pulmonaire.

De plus, fréquemment, pendant la convalescence et même après celle-ci, il arrive que l'oreille perçoive encore des signes suspects au niveau des anciens foyers, et M. Milian d'ajouter : « Dès lors la conclusion s'impose, le malade s'est tuberculisé au cours

de la fièvre typhoïde ; il n'en est cependant rien dans la grande majorité des cas. » Il apporte, pour appuyer cette idée, l'observation d'une femme qui, au cours d'une typhoïde, fit une pneumonie du sommet droit, et chez laquelle une respiration rude de ce côté et des « râles analogues à des craquements » persistèrent deux à trois mois ; au bout de trois mois, la malade se portait à merveille. Pourquoi ne pas admettre que la malade de M. Milian fit une tuberculose dont elle guérit cliniquement : aucun examen de laboratoire ne s'y oppose ; la tuberculose n'est pas une affection dont l'évolution soit nécessairement fatale.

M. Milian discute la courbe de température. Nous admettrons bien volontiers avec lui que souvent la reprise de la température en dehors des rechutes avec taches rosées et diarrhée peut être due à l'alimentation, à la cholécystite, l'angiocholite, la pyélonéphrite, la coprostase, etc. Nous ne pensons, certes pas, qu'il faille croire, chaque fois qu'un typhique convalescent fait une poussée thermique, qu'il est en train de se tuberculiser ; non pas. Il faut rechercher la cause de cette poussée thermique qui parfois est fort simple, mais dont parfois aussi, il faut bien le reconnaître, le bacille de Koch peut seul donner la raison.

CHAPITRE II

TUBERCULOSE ANTÉRIEURE A LA FIÈVRE TYPHOIDE

La fièvre typhoïde peut-elle survenir chez un tuberculeux ? Le fait est hors de doute et l'historique même de la question nous en a fourni une preuve éclatante. Ce qu'il importe surtout de préciser, c'est la période tuberculeuse au cours de laquelle éclôt plus facilement la fièvre éberthienne. Jaccoud écrit : « S'il est démontré que la tuberculose n'est plus un obstacle absolu au développement de la fièvre typhoïde, il est également certain que la fièvre typhoïde est rare dans le cours et en particulier dans les phases actives de la phtisie. » C'est une opinion à peu près universellement admise. Il est curieux, en effet, de constater par la lecture des observations qu'il s'agit, en général, de tuberculoses latentes, parfois même ignorées du sujet, ou, en tout cas en période de rémission. Bien plus, lorsque les deux affections semblent éclore et évoluer simultanément, on se demande si là encore il ne s'est point agi d'une tuberculose non connue et qui s'est réveillée sous l'impulsion donnée par le bacille d'Eberth.

Qu'il existe des lésions tuberculeuses chez des typhiques, le fait n'est point douteux. Il nous suffira de rapporter quelques statistiques d'autopsies :

Louis, en 1830, sur 46 autopsies de typhiques trouve quatre fois des tubercules ;

Rilliet (1840), sur 16 autopsies de typhiques, trouve cinq fois des tubercules, mais il admet que, dans ces cas, peu favorables à ses idées antagonistes, la typhoïde aurait une action bienfaisante sur la tuberculose, en faisant passer les tubercules à l'état crétacé ;

Bouchard, dans 40 autopsies de typhiques, trouve quatre fois des tubercules ;

Loison et Simonin (1893), sur 114 autopsies de typhiques, trouvent cinq fois des tubercules ;

Griesinger, sur 126 autopsies de typhiques, trouve dix fois des tubercules.

La fièvre typhoïde apparaît en général chez un tuberculeux à la période de conglomération. Il est rare, très rare de la rencontrer chez des cavitaires, pourtant cela s'est vu. Griesinger rapporte le cas d'une jeune femme présentant des lésions bacillaires considérables ; à l'autopsie on trouva dans l'intestin des lésions qui ne laissèrent aucun doute sur leur nature éberthienne. M. le professeur Letulle en rapporte un autre cas dans *les Archives générales de Médecine* (1884). Nous citons une observation de M. Crespin (d'Alger) (obs. II), curieuse par l'amélioration survenue après la dothiénenterie.

La tuberculose peut présenter toutes les formes,

aussi bien pulmonaire que pleurale, péritonéale, méningitique, osseuse, articulaire, ganglionnaire ; dans tous ces cas là marche de la fièvre typhoïde semble être peu influencée. Quant à la tuberculose, si parfois elle reçoit un véritable coup de fouet, parfois aussi, il faut bien le reconnaître, elle ne paraît nullement modifiée dans son évolution. Bien plus, on cite des cas où la tuberculose a subi une véritable rétrocession.

Cette influence réciproque, néanmoins, a été diversement interprétée. Vogel pense que la tuberculose est toujours mortelle quand elle survient chez un tuberculeux cavitaire. Betke considère que la tuberculose a une influence très défavorable sur l'évolution de la fièvre typhoïde. Régis Gral, Heuschert, Pipet pensent que lorsque la typhoïde évolue chez un tuberculeux au début et pourvu d'un bon état général, elle se comporte comme chez un sujet ordinaire.

Nous allons maintenant citer quelques observations de fièvres typhoïdes survenues chez des tuberculeux avérés, en classant ces observations dans trois paragraphes différents suivant le mode de réaction de la lésion bacillaire en présence de l'infection éberthienne.

1° Tuberculose améliorée par la fièvre typhoïde

S'il est des cas où, suivant l'expression de Widal, « la maladie prend le malade tuberculeux pour le

laisser phtisique », il en est d'autres, rares il est vrai, où des bacillaires furent améliorés après une fièvre typhoïde (Rilliet et Barthez, Pidoux, Revillod).

OBSERVATION I (Personnelle)

Fièvre typhoïde avec accidents méningés sérieux chez un sujet nettement tuberculeux. — Amélioration de la tuberculose.

L..., neuf ans, entre à l'hôpital le 9 octobre 1912.

Son père est mort tuberculeux : lui-même eut une pneumonie en bas âge, puis des bronchites successives.

9 octobre 1912. — L'enfant est souffrant depuis plusieurs jours : à son entrée à l'hôpital il n'a que 37°5. Malgré tout, l'enfant se couche dans son lit en chien de fusil ; la constipation qui dure depuis quelques jours, persiste, les pupilles sont égales, mais fortement en mydriase, le petit malade se plaint de céphalée ; il y a un léger Kernig et un peu de raideur de la nuque.

A l'examen de l'appareil pulmonaire, on note au sommet du poumon gauche, de la submatité sous la clavicule en avant avec une respiration très soufflante ; en arrière, de la matité au sommet gauche avec quelques craquements secs.

10 octobre. — Les mêmes signes méningés persistent, mais la température s'est brusquement élevée à 40°4.

11 octobre. — La céphalée est plus tenace, la nuque se raidit davantage. Survient une épistaxis.

Température 39-39°2, pouls 128.

15 octobre. — Sans trop y croire on avait demandé au laboratoire une hémoculture qui revient positive.

La température a oscillé entre 39 et 40 degrés. Quant au pouls, il est toujours rapide aux environs de 124.

17 octobre. — Les phénomènes méningés persistent sans amélioration ; la prostration, au contraire, s'est installée à la place d'une légère excitation du début. Les taches rosées commencent à apparaître ; à la constipation succède la diarrhée.

Température 39°6-39°8. Pouls 124.

Ponction lombaire qui donne issue à 20 centimètres cubes de liquide clair hypertendu dans lequel on trouve des traces d'albumine.

19 octobre. — L'enfant commence à se cyanoser aux extrémités, les lèvres sont bleuâtres, la dyspnée qui avait été à peu près nulle, s'installe inquiétante. Le cœur commence à fléchir : les bruits sont sourds, irréguliers.

Les bains donnés d'abord à 32 degrés puis réchauffés jus-36 degrés sont suspendus ; l'enfant non seulement n'y réagit plus, mais se cyanose, et manque d'y tomber dans un état syncopal de fâcheux augure.

Solution d'adrénaline au 1/1000 : X gouttes.

20 octobre : adrénaline : X gouttes.

21 octobre. — Les phénomènes méningés ont diminué progressivement depuis quelques jours. Température 39-39°8.

Adrénaline. — X gouttes.

22 octobre. — Adrénaline : X gouttes.

23 octobre. — Adrénaline : X gouttes. Température 39-39°6.

25 octobre. — Les phénomènes méningés réapparaissent :

ponction lombaire qui donne issue comme précédemment à un liquide clair et hypertendu.

26 octobre. — Le cœur semble faiblir de nouveau.

L'examen du poumon fait découvrir à la base gauche en arrière une grosse matité, avec abolition complète du murmure vésiculaire et souffle.

A partir de ce jour jusqu'au 31 octobre, on donne X gouttes de la solution d'adrénaline.

29 octobre. — La température est un peu au-dessous de 39 degrés. Le pouls est toujours rapide : 120. La prostration disparaît. Les phénomènes méningés sont très atténués. Il persiste encore un léger Kernig.

1er novembre. — Le petit malade tousse beaucoup et expectore quelques crachats striés de sang. Amaigrissement considérable.

3 novembre. — La courbe thermique esquisse une légère descente; elle est maintenant au-dessous de 39 degrés.

On donne au malade une farine lactée, préparée avec du bouillon de légumes.

6 novembre. — Température 37°8. L'état général s'améliore ; plus de phénomènes méningés, il persiste simplement une tendance à la constipation.

On continue à alimenter l'enfant avec des farines lactées.

11 novembre. — Température 36°8-37 degrés. La convalescence bat son plein. L'enfant s'alimente bien : farines lactées, purées. Il tousse encore un peu, mais n'a plus craché de sang.

25 janvier 1913. — L'enfant a fait une convalescence normale et est très bien remis de sa fièvre typhoïde.

Appareil pulmonaire : il persiste au sommet gauche en

arrière de la submatité avec de la rudesse respiratoire, mais les craquements secs notés au début de l'affection ont totalement disparu.

Notons dans cette observation la reprise de l'alimentation malgré une température de 39 degrés. Néanmoins, la courbe thermique qui esquissait une descente n'en continua pas moins à baisser et tout se passa sans incident.

OBSERVATION II

(Crespin d'Alger, Congrès de Lille, 1899.)

Jeune homme de dix-huit ans, présentant, malgré l'existence d'une vaste caverne dans la partie supérieure du poumon gauche, un état général relativement bon.

En mars 1899 cet état général devient mauvais : mouvement fébrile vespéral, puis continu.

On croit d'abord à une poussée congestive bacillaire, d'autant mieux que l'auscultation révèle dans la fosse sous-épineuse des râles sous-crépitants fins en très grand nombre.

14 avril. — Quelques signes cliniques : diarrhée ocreuse, température à 40 degrés, etc., ayant fait songer à une fièvre typhoïde ; on fait le séro-diagnostic qui est positif.

L'affection évolue bénigne, mais très longue. Vers le 10 juillet seulement, le malade voit revenir ses forces et son état général s'améliorer. Fait curieux, les signes cavitaires si nettement perçus au début de la maladie, sont maintenant obscurs.

Dans cette observation la tuberculose n'eut aucune action sur la typhoïde, sinon de prolonger la convalescence. Quant à l'action de la fièvre typhoïde sur la tuberculose elle fut plutôt favorable.

2° Tuberculose non influencée par la fièvre typhoïde

La tuberculose peut rester indifférente en présence d'une fièvre typhoïde, ou tout au moins, si pendant l'évolution même de l'infection éberthienne le poumon semble réagir un peu violemment, les craintes ne sont que passagères. Après la convalescence l'examen de l'appareil pulmonaire ne permet de découvrir d'autres lésions que celles observées au début de l'affection.

Quelques observations viendront confirmer cette assertion.

OBSERVATION III

(Professeur Letulle, *Archives générales de Médecine*, 1884.)

Homme, vingt-sept ans, qui présentait une induration assez étendue du sommet droit (respiration soufflante sans râles au niveau de la fosse sus-épineuse et de la région sous-claviculaire, submatité et perte d'élasticité). La typhoïde évolua simplement, s'accompagnant d'un peu de délire et d'agitation durant les premiers jours. La convalescence commença vers

le vingt-cinquième jour. Au bout de quinze jours d'apyrexie le malade partait pour Vincennes. Les signes stéthoscopiques et plessimétriques ne s'étaient en aucune façon modifiés. L'état général était excellent, l'appétit vorace.

OBSERVATION IV

(Professeur Letulle, *Archives générales de médecine*, 1884.)

Femme de vingt-sept ans, arrivée au septième mois et demie de sa grossesse, atteinte de bronchite chronique suspecte. Les lésions tuberculeuses du sommet, un peu dissimulées sous les signes de bronchite généralisée chronique avec exacerbation aiguë semblèrent tout d'abord fouettés par la fièvre, car quelques légères hémoptysies se produisirent. Toutefois après que la malade fut relevée de sa fièvre et de ses couches, faites en pleine typhoïde les signes physiques s'amendèrent beaucoup. Les râles diminuèrent et l'examen des sommets démontra que les lésions ne semblaient aucunement aggravées.

L'état général s'était d'ailleurs fort amélioré durant la convalescence.

OBSERVATION V (Personnelle).

Fièvre typhoïde chez un tuberculeux avec évolution normale de la fièvre typhoïde et état stationnaire de la tuberculose.

P..., vingt ans, entre à l'hôpital le 21 août 1912, c'est un

tuberculeux avéré, déjà soigné comme tel et qui eut, il y a quelques mois, une hémoptysie.

21 août. — Il est souffrant depuis une douzaine de jours : céphalée ; il aurait eu chez lui une épistaxis. Actuellement la céphalée persiste. Diarrhée. Ventre légèrement météorisé et douloureux dans la fosse iliaque droite; rate perceptible, pas de taches rosées. Langue sèche, rouge sur les bords. Température 39°4.

A l'examen de l'appareil pulmonaire on note au sommet droit en arrière de la submatité avec respiration très soufflante, pas de craquements, quelques râles sonores.

Calomel. Bains à 32 degrés, trois fois par jour.

22 août. — Température 39°4-40, même état.

Séro-diagnostic positif.

23 et 24 août. — Chlorhydrate de quinine. Hémoculture positive.

27 août. — Évolution normale de la typhoïde, la température oscille entre 39°6 et 40. Chlorhydrate de quinine, ainsi que le jour suivant.

28 août. — La température baisse jusqu'à 37°8.

3 septembre. — Progressivement la température a remonté pour osciller aux environs de 39 degrés. Malgré tout, la maladie évolue normalement.

Le malade se plaint d'un point de côté gauche; l'auscultation ne décèle rien de bien net : phénacétine. On cesse les bains.

5 septembre. — Le point de côté a disparu. Chlorhydrate de quinine.

6 septembre. — Chlorhydrate de quinine.

9 septembre. — La courbe thermique tend à baisser. Chlorhydrate de quinine.

10 septembre. — Chlorhydrate de quinine.

13 septembre. — Chlorhydrate de quinine.

14 septembre. — Chlorhydrate de quinine.

15 septembre. — La courbe thermique atteint 37 degrés. Les signes cliniques de fièvre typhoïde ont disparu, nous sommes maintenant en présence d'un convalescent.

17 septembre. — Premier potage.

21 septembre. — Légère ascension thermique, 38 degrés, 37°6; on supprime l'alimentation une journée.

22 septembre. — Température 36°8, 37 degrés.

29 septembre. — Première purée.

25 octobre. — Le malade sort de l'hôpital complètement guéri. Le sommet droit a conservé de la submatité en arrière et sa respiration soufflante, mais sans adjonction de craquements.

Nous sommes ici en présence d'un tuberculeux banal chez lequel survient une fièvre typhoïde. Cette dernière évolue pour son propre compte normalement, sans être nullement influencée par la tuberculose. Quant à celle-ci, elle reste stationnaire : le malade sort de l'hôpital avec des lésions qu'il avait à son entrée.

OBSERVATION VI (Personnelle)

Robert P..., sept ans, entré à l'hôpital le 2 avril 1913. Père bacillaire. Lui-même eut la coqueluche, depuis il a toujours été mal portant, il tousse un peu.

2 avril. — Souffrant depuis une quinzaine de jours, il entre à l'hôpital avec de la céphalée,une prostration très accusée, de la diarrhée, du gargouillement et de la douleur dans la fosse iliaque droite, une rate perceptible, une langue saburrale ; pas de taches rosées. De plus,il aurait eu chez lui plusieurs épistaxis.

Point de côté à gauche.

L'examen de l'appareil pulmonaire montre un sommet gauche très net avec matité, respiration rude et soufflante et quelques craquements secs.

Base gauche : submatité avec quelques râles congestifs.

Température 40°4. Pouls 96.

De plus au genou droit on constate un gonflement de toute la région, la palpation est douloureuse ; on peut percevoir le choc rotulien. Impotence fonctionnelle absolue.

Bains à 37 degrés trois fois par jour. Huile camphrée.

5 avril. — L'hémoculture a été positive. L'affection évolue sans complication.

9 avril. — La température baisse, 38 à 38°6. Les divers symptômes dothiénenteriques tendent à s'atténuer. Il sort sur tout le corps une sorte d'érythème scarlatiniforme, non prurigineux, qui va durer trois jours pour disparaître ensuite progressivement.

13 avril. — Le petit malade tousse davantage, la courbe thermique a présenté quelques grandes oscillations de un degré et demi à deux degrés (37-39 le 11 avril par exemple). L'état pulmonaire semble portant rester stationnaire.

16 avril. — La période des grandes oscillations a pris fin, la température atteint maintenant 37 degrés, on commence l'alimentation.

A l'auscultation on entend des craquements au sommet gauche.

Le genou est moins gros, mais toujours aussi douloureux.

1er mai. — L'enfant est maintenant en pleine convalescence. La courbe thermique est à peu près régulière, aux environs de 37 degrés, avec quelques rares incursions sur la ligne du 38 degrés.

1er juin. — L'état général de l'enfant est redevenu excellent. Les lésions bacillaires du poumon restent stationnaires, mais sur l'articulation du genou droit s'est installée une tumeur blanche qui nécessite son envoi à Berck.

Nous avons classé cette observation dans les tuberculoses stationnaires parce que nous avons en vue la tuberculose pulmonaire. Il est bien évident que la lésion articulaire dont était porteur l'enfant s'est développée, mais elle a suivi son évolution normale, nullement influencée par la fièvre typhoïde.

Typhoïde banale chez un tuberculeux banal, sans aucune influence d'une affection sur l'autre.

OBSERVATION VII (Personnelle)

Joseph L..., rien à noter d'intéressant dans ses antécédents. Il entre à l'hôpital le 18 octobre 1912 parce qu'il est souffrant depuis plusieurs jours.

18 octobre. — Céphalée, prostration légère, langue saburrale. Température 40 degrés, pouls rapide.

Appareil pulmonaire : râles sonores disséminés avec pré-

dominance du côté droit. De plus, au sommet du même côté, on entend en avant quelques râles sous-crépitants très fins.

20 octobre. — État stationnaire. Toux ; expectoration muco-purulente non abondante. Température 39°8-39°6.

23 octobre. — Le séro-diagnostic est négatif ainsi que l'hémoculture.

25 octobre. — L'évolution clinique tourne court. La température baisse : 37°6-37°8. Il ne persiste plus que la toux et l'expectoration.

28 octobre. — Température 36°8-37 degrés. On alimente le malade.

30 octobre. — La toux persiste mais l'appareil pulmonaire est à peu près débarrassé des râles entendus au début ; néanmoins il persiste des craquements secs sous la clavicule droite.

5 novembre. — La température qui s'était maintenue aux environs de 37 degrés, esquisse une ascension 37°4-38 degrés.

9 novembre. — Température 39-39°8. Pouls 96.

La céphalée, la prostration réapparaissent. L'abdomen est légèrement ballonné et douloureux.

Diarrhée. La rate est grosse.

10 novembre. — Température 39°8-39°6 Pouls dicrote, 92.

Les signes précédents persistent. Séro-diagnostic positif ; on ne fait pas d'hémoculture.

17 novembre. — La fièvre typhoïde évolue normale, sans complication d'aucune sorte.

21 novembre. — Les signes cliniques disparaissent progressivement, la température est en baisse.

27 novembre. — Après avoir oscillé entre 37 et 38 degrés, la courbe thermique atteint définitivement 37 degrés.

15 décembre. — A l'examen du poumon, on note, en avant, de la submatité sous la clavicule droite avec quelques craquements secs. En arrière, toujours à droite, une diminution du murmure vésiculaire ; un peu plus bas, entre la colonne vertébrale et le bord spinal de l'omoplate, respiration soufflante surtout à l'expiration.

10 janvier 1913. — Le malade sort en conservant ses signes stéthoscopiques pulmonaires.

Nous assistons ici à deux poussées thermiques ; la première, évidemment bacillaire ; la seconde se comporte de la façon d'une dothiénentérie avec séro-diagnostic positif. Quant à l'influence de la tuberculose sur la fièvre typhoïde, elle est nulle ; nulle également celle de la fièvre typhoïde sur la tuberculose, puisque, si nous admettons que les lésions bacillaires se sont formées lors de la première poussée thermique bacillaire, elles étaient constituées à la seconde poussée, dothiénentérique celle-là, et n'ont point bougé pendant l'évolution de la seconde affection.

3° Tuberculose aggravée par la fièvre typhoïde

Enfin la tuberculose peut ne point rester indifférente devant l'infection éberthienne. Parfois les lésions bacillaires ne sont que bien peu aggravées ; parfois il semble que la fièvre typhoïde assiste presque indifférente à l'évolution de la tuberculose : celle-ci ne fait que suivre son cours, et l'on peut

supposer que même sans affection surajoutée elle aurait continué à évoluer vers ses phases ultimes.

Mais parfois la dothiénentérie est bien la cause d'une évolution plus rapide, d'un réveil de lésions torpides, dérangées dans leur sommeil, fouettées avec énergie, qui vont parcourir avec une rapidité inusitée, les étapes qu'elles auraient dû mettre plusieurs années à franchir. Ces cas malheusement ne sont pas rares. On comprend facilement que ces organismes préalablement affaiblis par la bacillose, épuisés par une diète forcée, débilités par une affection aussi déprimante que la fièvre typhoïde soient dans des conditions déplorables pour résister à une nouvelle àttaque. Le bacille de Koch a trop beau jeu pour ne point profiter de ce moment de faiblesse de son adversaire et l'écraser à tout jamais.

OBSERVATION VIII

(Hayem et Galliard, *Union médicale*, 1880.)

H.., R..,, quarante-deux ans, n'a jamais été d'une santé robuste. Le 27 janvier 1880, il est pris de frissons, courbature, céphalée, diarrhée intense. Depuis le début de la maladie, il eut des sueurs profuses surtout la nuit : toux accompagnée quelquefois d'expectoration sanguinolente. Son médecin l'a déclaré atteint de fièvre typhoïde.

Il entre à l'hôpital après un mois de maladie, pâle, faible, maigre à l'excès. Toux fréquente et pénible, expectoration très abondante, muco-purulente, avec quelque filets de sang. Doigts en massue. Température 39,2. Pouls 92.

Poumons : en avant : râles de bronchite ; en arrière, matité des deux sommets, respiration rude avec quelques râles sous-crépitants ; râles de bronchite aux deux bases.

Les symptômes de typhoïde ont disparu. Nous sommes maintenant en présence d'un tuberculeux.

15 mars. — Le malade s'est affaibli progressivement et meurt.

Autopsie. — Intestin : Les cinq ou six dernières plaques de Peyer sont noirâtres ; deux ulcérations non loin de la valvule.

Poumons : Sommets adhérents, avec à gauche trois ou quatre cavernules et à droite une caverne pouvant admettre une orange. Les bases sont congestionnées.

Tuberculose chronique (?) qui évolue avec rapidité après une fièvre typhoïde.

OBSERVATION IX

(Hayem et Galliard, *Union médicale*, 1880.)

X..., vingt-neuf ans. Tousse chaque hiver. Il fut soigné pendant trois semaines en ville pour fièvre typhoïde.

15 mars 1880. — Le malade entre dans le service pâle, maigre et affaibli. Température 40 degrés ; pouls 120. Toux fréquente, crachats muco-purulents. Dyspnée très marquée.

Poumons : en arrière, matité des deux sommets avec craquements humides au sommet gauche et quelques râles à droite. En avant, des deux côtés : submatité sous la clavicule avec quelques râles muqueux.

19 mars. — Les symptômes se sont accentués et le malade meurt.

Autopsie. — Portion terminale de l'intestin grêle : plaques de Peyer tuméfiées ; petites ulcérations aux environs de la valvule.

Les deux sommets pulmonaires sont adhérents à la paroi thoracique. Deux cavernules à gauche ; à droite, tubercules confluents et isolés.

Ici encore, il s'agit d'une tuberculose chronique qui évolue avec rapidité après une fièvre typhoïde.

OBSERVATION X

(Letulle, *Archives générales de médecine*, 1884.)

Jeune fille de dix-sept ans, tuberculeuse déjà avancée. Entrée dans le service deux mois environ avant le début de sa dothiénenterie qu'elle contracta manifestement à l'hôpital. Ici, on peut affirmer sûrement l'action de la dothiénenterie sur les lésions pulmonaires. Cette jeune malade qui s'était soumise courageusement à l'alimentation forcée offrait des signes de ramollissement peu avancé mais indiscutable du sommet droit ; les craquements secs éclataient dans toute la hauteur de la fosse sus-épineuse et sous la clavicule, à la hauteur des deux premiers espaces intercostaux.

La dothiénenterie fut longue, quoique peu grave. Une congestion broncho-pulmonaire étendue et persistante céda lentement aux révulsifs locaux.

Au bout d'une trentaine de jours de fièvre la convales-

cence commença, régulière, après une défervescence en lysis absolument caractéristique.

L'enfant était fort émaciée, l'appétit se rétablissait difficilement et les signes physiques s'étaient aggravés. Le sommet du poumon gauche respirait rudement et de droit était parsemé de gros râles sous-crépitants, humides, fort retentissants. La tuberculose avait donc subi une accélération dans l'évolution des altérations destructives qui la caractérisent.

Depuis deux mois que la fièvre typhoïde est éteinte, la phtisie marche rapidement.

OBSERVATION XI

(Jacquinet de Reims, 1897.)

L..., vingt ans, entre le 7 septembre 1897 à l'hôpital. Il fut traité en juin dernier pour spléno-pneumonie gauche.

Courbature, céphalée depuis quelques jours.

7 septembre. — Température 40 degrés.

8 septembre. — Ventre ballonné. Céphalée. Diarrhée jaune ocre, fétide. Prostration.

Submatité et résistance au doigt sous la clavicule gauche, respiration humée et saccadée, en ce point ; quelques sibilances aux bases. Le malade tousse beaucoup.

10 septembre. — Température 38°7, pouls 104. Taches rosées lenticulaires. Séro-diagnostic positif.

13 septembre. — Température 39°9. Le même jour, le malade rend par l'anus du sang noir, à plusieurs reprises et en assez grande quantité. Pouls 90.

13 septembre. — Expectoration muco-purulente dans laquelle on trouve du bacille de Koch.

18 octobre. — Sortie de l'hôpital.

12 novembre. — On revoit le malade qui tousse et crache abondamment. Il a maigri : sous la clavicule gauche il existe de la matité. A l'auscultation, on entend des craquements humides dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse.

Deux mois après le début de sa fièvre typhoïde, le malade est un tuberculeux à la période ramollissement.

OBSERVATION XII (Résumée

(Loison et Samonin.)

Fièvre typhoïde, ataxo-adynamique, légère *hémorragie intestinale*. Bronchopneumonie tuberculeuse double ; mort au cent-troisième jour.

Autopsie. — Les cultures de la pulpe splénique donnent du bacille d'Eberth. Au niveau du tiers supérieur des deux poumons, adhérences anciennes. Les lobes supérieurs et moyens sont indurés et farcis de tubercules. Des deux côtés on note des tubercules.

OBSERVATION XIII (Résumée)

(In thèse Bouland.)

V..., trente-deux ans, entre le 2 novembre 1899, à l'hôpital. Signes classiques de typhoïde.

Appareil pulmonaire : Submatité en avant au sommet droit. Matité à gauche en avant, sous la clavicule. Craquements humides aux deux sommets, mais surtout à gauche.

Bacilles de Koch dans les crachats.

5 novembre. — Deux hémorragies intestinales peu abondantes. Sérum,

6 novembre. — Une hémorragie intestinale abondante. Sérum.

9 novembre. — Deux hémorragies intestinales très abondantes. Sérum.

10 novembre. — Trois ou quatre hémorragies.

11 novembre. — Une hémorragie. Mort.

Autopsie. — Ulcérations nombreuses dans l'iléon. Poumons congestionnés aux deux bases. Tubercules aux deux sommets.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(Obs. XII, *in* thèse Pipet.)

J... Marie, tuberculeuse au début, et soignée comme telle, contracte une typhoïde en août 1899. Typhoïde présentant les signes classiques. L'affection évolue pendant quinze jours sans complications, puis la température baisse.

Mais ici la tuberculose a reçu un coup de fouet, la malade qui ne présentait à son entrée à l'hôpital que quelques craquements secs au sommet droit, présente maintenant des sous-crépitants au sommet droit et des craquements à gauche.

OBSERVATION XV

(Obs. V, *in* thèse Vergnaud.)

Marie L..., entre le 25 novembre 1900 à l'hôpital.

Antécédents personnels bacillaires.

A l'entrée on constate des signes nets de fièvre typhoïde.

Appareil pulmonaire : diminution de la sonorité en arrière dans la fosse sus-épineuse gauche. La respiration est un peu soufflante et l'expiration prolongée dans la fosse sus-épineuse gauche.

Le séro-diagnostic de Widal est positif.

30 novembre. — *Hémorragie intestinale* assez abondante qui nécessite la suppression des bains. La malade tousse un peu et expectore quelques crachats, dans lesquels on ne trouve pas de bacille de Koch.

A partir du 8 décembre, la toux et les crachats qui avaient augmenté, disparaissent peu à peu.

22 décembre. — La température est revenue à la normale, *le pouls est rapide* et le fut pendant tout le cours de l'affection.

10 janvier 1901. — La convalescence reste normale, mais la malade se plaint toujours d'une grande faiblesse ; l'appétit est irrégulier.

30 janvier. — L'état général s'améliore, mais lentement. Il reste au poumon gauche de la submatité dans la fosse sus-épineuse avec une respiration rude et saccadée ; pas de craquements. Mais à droite la respiration s'est un peu modifiée : expiration prolongée, inspiration rude et saccadée ; en avant

et en arrière, phénomènes qui n'existent pas au début de la fièvre typhoïde.

Donc, ici, aggravation très légère d'une tuberculose au cours d'une typhoïde compliquée d'hémorragie intestinale.

OBSERVATION XVI

(Obs. VIII, *in* thèse Vergnaud.)

Ernest D...

Antécédents personnels bacillaires indiscutables.

En août 1900 fit à Lariboisière une fièvre typhoïde au cours de laquelle se produisit une *hémorragie intestinale* qui dura une journée.

4 octobre. — Il est envoyé en convalescence à Vincennes. Huit jours après l'appétit diminue, puis surviennent des transpirations, de la fièvre, de la toux.

25 octobre. — Il entre à l'hôpital Saint-Joseph : l'auscultation décèle en avant et à gauche des craquements humides ; à droite : respiration soufflante avec expiration prolongée. En arrière, à gauche : craquements humides, la toux y est retentissante.

15 novembre. — L'état général s'améliore, plus de sueurs nocturnes ; le malade tousse toujours, mais n'expectore plus guère. L'examen des crachats ne donne pas de bacille de Koch.

1er décembre. — L'amélioration persiste.

26 janvier. — Le malade, quoique dans un meilleur état

général qu'à son entrée, est encore très amaigri. L'appétit est irrégulier, il tousse, mais sans cracher.

A gauche, les craquements humides persistent dans toute l'étendue du poumon A droite on ne trouve que de la respiration soufflante au sommet.

L'auteur conclut : « Nous nous trouvons en présence d'une tuberculose chronique en évolution et dont la marche a été peu influencée par la fièvre typhoïde intercurrente. » Il nous semble cependant qu'au contraire la fièvre typhoïde fut l'occasion d'une poussée bacillaire qui, sans elle, n'aurait peut-être jamais eu lieu.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

G..., vingt ans, entre une première fois à l'hôpital pour tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pneumonie qui, d'après le malade, fut très longue à guérir. Grosse hémotysie. L'examen du poumon décèle à cette époque une infiltration de tout le sommet droit.

Il entre pour la seconde fois, le 30 mai 1912.

30 mai. — Malade depuis une huitaine de jours, il présente à son entrée de la céphalée, diarrhée, douleurs abdominales avec gargouillement dans la fosse iliaque droite, langue rouge sur les bords, blanche au centre.

Aux poumons, outre l'infiltration du sommet droit, on entend de nombreux râles ronflants et sibilants.

Température, 38°8, pouls 100.

De plus le malade présente un délire et une agitation extrêmes. Il ne peut rester un instant tranquille, veut sans cesse se lever, jeter ses couvertures de côté, etc. Inégalité pupillaire, Kernig, légère raideur de la nuque.

Bains à 32 degrès trois fois par jour; le malade réagit peu.

3 juin. — L'hémoculture a été positive.

Nombreuses taches rosées. L'état précédemment décrit persiste, le délire et les phénomènes méningés sont les mêmes; on fait une ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair mais très hypertendu.

L'état général est très mauvais.

Température 39°6. Pouls 110.

5 juin. — *Hémorragie intestinale.* — On cesse les bains qui sont remplacés par des lotions alcoolisées.

10 juin. — L'état est toujours le même, très grave. Le délire persiste avec les mêmes phénomènes méningés.

Néanmoins la température est moins élevée et oscille depuis quelques jours entre 38 et 39 degrés. Les urines sont rares et noirâtres.

13 juin. — Température 38°6. Pouls 108.

15 juin. — Nouvelle hémorragie intestinale. Sérum antidiphtérique. Le cœur commence à faiblir, pouls petit, s'accélère.

18 juin. — Le cœur faiblit de plus en plus : solution de digitaline cristallisée au 1 o/oo V gouttes que l'on continuera pendant dix jours.

20 juin. — L'état général devient de plus en plus mauvais, à l'agitation succède la torpeur.

L'état pulmonaire s'aggrave : à droite; en avant et en arrière on entend de nombreux râles humides, à gauche on

commence à entendre quelques sous-crépitants disséminés sur toute la hauteur.

21 juin. — Electrargol intraveineux : 10 centimètres cubes.

22 juin. — Electrargol intraveineux : 10 centimètres cubes.

23 juin. — Electrargol intraveineux : 10 centimètres cubes, Hémorragie intestinale.

24 juin. — Hémorragie intestinale : sérum antidiphtérique.

26 juin. — Hémorragie intestinale : sérum antidiphtérique.

La température qui, le 18, se trouvait aux environs de 38 degrés, a progressivement remonté pour atteindre maintenant 40 degrés. Pouls petit et rapide : 120.

28 juin. — Hémorragie intestinale. Sérum antidyphtérique.

A partir de ce jour jusqu'à sa mort, le malade évacué journellement du sang dans ses selles.

6 juillet. — Décès avec brusque élévation thermique à 40°6.

L'autopsie n'a pu être faite, mais les lésions cliniques bacillaires furent telles qu'il est impossible de nier la tuberculose. Quant à la fièvre typhoïde, l'hémoculture fut positive.

Nous nous trouvons donc ici en présence d'un bacillaire porteur de lésions déjà avancées pour qui la fièvre typhoïde fut l'occasion d'un coup de fouet énergique ; non seulement les lésions bacillaires évoluèrent avec rapidité, mais la fièvre typhoïde elle-même prit dès le début une allure grave (phénomènes méninges intenses, hémorragies répétées). On peut dire que les deux affections eurent l'une sur l'autre une influence plutôt fâcheuse.

OBSERVATION XVIII (personnelle)

L..., vingt ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — A toujours été d'une santé délicate, rhumes fréquents.

Il entre à l'hôpital le 9 janvier 1912. Il se plaint de mal de gorge et de douleur dans l'articulation coxo-fémorale droite. Température : 39 degrés.

Salicylate de soude : 4 grammes.

15 janvier. — La température tombe en deux jours à 37 degrés.

Les phénomènes ont cessé, on diminue le salicylate.

17 janvier. — La température reste normale et les phénomènes douloureux ne réapparaissant pas, on cesse complètement le salicylate et on commence à alimenter le malade.

A partir de ce moment, jusqu'au 5 février, il ne se passe rien de particulier. L'auscultation des poumons, avait décelé de la submatité du sommet gauche, en arrière avec une grosse différence de murmure vésiculaire, beaucoup plus rude à gauche qu'à droite.

5 février. — Brusquement céphalée, courbature et surtout vomissements. La température monte d'un seul coup à 39 degrés.

6 février. — Diarrhée. Température 38°6 39°6.

8 février. — Devant la prostation légère du malade, les vomissements et surtout la diarrhée ocreuse, on pense à demander le séro-diagnostic qui se montre positif.

12 février. — La température oscille entre 39°4 et 40°4.

Le pouls n'est pas rapide. La diarrhée persiste, mais sans douleurs abdominales, pas de météorisme.

La rate est à peine perceptible.

L'hémoculture est à son tour positive.

17 février. — La température est encore élevée et oscille autour de 40 degrés. L'affection évolue normalement sans complications. Quelques taches rosées lenticulaires. Au poumon quelques râles sonores.

22 février. — La courbe thermique exquisse une descente, elle atteint 38 degrés. On cesse les bains qui ont été donnés à 32 degrés, trois fois par jour depuis le 6 février.

24 février. — Bien que le malade soit encore à 37°4, on commence à l'alimenter : un potage.

27 février. — Hémoptysie légère.

L'auscultation laisse entendre des craquements très nets au sommet gauche en avant. En arrière : submatité de la base droite.

2 mars. — La courbe thermique a pris une allure de courbe bacillaire oscillant irrégulièrement entre 37° et 38°6. Les symptômes typhiques ont pour ainsi dire disparu : nous sommes actuellement en présence d'un typhique convalescent, mais, de plus, d'un tuberculeux en évolution.

3 mars. — Le malade se plaint d'un point appendiculaire siégeant très nettement au point de Mac-Burney : la température monte à 39°. Glace.

5 mars. — Formation d'un abcès au point douloureux précité.

8 mars. — Nouvel abcès de la cuisse droite.

10 mars. — Température 39 degrés. Abcès multiples des fesses, des cuisses et mollets. Incisions.

14 mars. — Température 37 degrés.

24 mars. — La température s'est maintenue ces dix jours aux environs de 37 degrés. L'état général est satisfaisant, le malade s'alimente, quand survient une grosse hémoptysie.

25 mars. — Hémoptysie.

26 mars. — Hémoptysie moins importante. La courbe thermique s'élève de nouveau aux environs de 38 degrés. Laryngite.

2 avril. — Température 37 degrés. Le malade a été fatigué par ses hémoptysies, il est plus faible, le teint pâle.

10 avril. — État général relativement satisfaisant, la laryngite a disparu. La température est maintenant à 37 degrés.

6 mai. — Sortie. Le malade conserve de la rudesse respiratoire du sommet gauche avec quelques craquements secs très discrets.

En somme, fièvre typhoïde qui évolue normalement chez un bacillaire dont la tuberculose se trouve très légèrement aggravée.

OBSERVATION XIX (personnelle)

L..., dix-neuf ans, entre à l'hôpital le 19 juin 1912. Il eut dans son enfance, la rougeole et la coqueluche. Il est sujet à des rhumes fréquents, et tousse un peu chaque hiver.

19 juin. — Malade depuis le 6 juin. Courbature, céphalée, diarrhée jaunâtre, ventre un peu douloureux à la palpation,

gargouillement dans la fosse iliaque droite. Epistaxis répétées. La rate est grosse.

Appareil pulmonaire : toux sèche et quinteuse, submatité du sommet droit avec rudesse respiratoire. Température 40 degrés. Pouls 80.

On fait faire le séro-diagnostic qui est positif. Bains à 32 degrés puis à 33 : le malade réagit faiblement.

22 juin. — Température 39°6. Pouls 84. L'état est stationnaire. Hémoculture positive.

26 juin. — Température 39°2 à 39°4. La céphalée persiste tenace, quelques signes méningés font leur apparition. Kernig et légère raideur de la nuque.

Ponction lombaire qui donne issue à un liquide clair mais hypertendu.

1er juillet. — Quelques taches rosées discrètes. La courbe thermique esquisse une descente : 38 degrés à 38°6.

4 juillet. — Les phénomènes méningés s'atténuent, mais aux poumons l'auscultation décèle, outre de gros râles sonores, quelques sous-crépitants localisés surtout à droite. Température, 38°6-39°2.

6 juillet. — Apparition de larges placards purpuriques sur le thorax et l'abdomen. Température, 38 degrés à 38°4.

10 juillet. — Le malade semblait devoir bientôt entrer en convalescence ; phénomènes méningés totalement disparus ; signes typhiques en voie de disparition, quand survient une *hémorragie intestinale* abondante.

16 juillet. — L'hémorragie ne s'est pas renouvelée ; les taches purpuriques sont presque effacées.

Température 36°8-37°2. Le malade est maintenant un

convalescent, mais ses forces sont épuisées ; il est d'une maigreur squelettique. Premier potage.

19 juillet. — Incision d'abcès multiples des cuisses et de l'abdomen.

20 juillet. — De nouveaux purpura sur l'abdomen, mais surtout sur les cuisses et les jambes, jusque sur la face dorsale des pieds et des malléoles.

24 juillet, — La courbe thermique qui s'était maintenue ces jours derniers aux environs de 37 degrés s'élève de nouveau ; légère excitation avec délire.

25 juillet. — Température 38°1-39°2. Le délire a cessé, mais le malade reste très inquiet.

3 août. — Température 37 degrés, 37°2. Le malade s'alimente médiocrement, sa maigreur persiste. Il tousse toujours, mais sans cracher.

20 août. — La température est maintenant aux environs de 37 degrés. Le malade part en convalescence à la campagne, très affaibli.

Il conserve au sommet droit, en arrière, outre de la submatité et de la rudesse respiratoire, des craquements secs nets qu'il n'avait pas à son entrée à l'hopital.

OBSERVATION XX (personnelle)

M..., douze ans, entre dans le service le 15 avril 1912. Son père est mort tuberculeux. Lui-même fit un pemier séjour à l'hôpital pour tuberculose. Submatité et rudesse respiratoire du sommet droit. Sur le point de partir pour Ormesson il contracte la scarlatine.

15 avril. — A la fin de sa convalescence de scarlatine, il est pris de courbature et la courbe thermique remonte.

Actuellement : Céphalée, diarrhée jaune, météorisme abdominal. Température, 37°4. Pouls 116.

18 avril. — Apparition des phénomènes méningés. Délire, inégalité papillaire, Kernig et raideur de la nuque. Ponction lombaire : liquide clair et hypertendu. Taches rosées nombreuses.

Température, 39°7-40°2. Hémoculture positive.

On avait prescrit dès le début les bains à 32 degrés, mais l'enfant ne les supportant pas on doit les réchauffer jusqu'à 38 degrés.

23 avril. — L'état est stationnaire. Sans grande amélioration. Température, 30°4-40°2. Pouls 120,

27 avril. — Détente dans les phénomènes méningés.

L'état typhique lui-même s'améliore, mais aux poumons, à l'auscultation, on note de nombreux râles sonores et tout le long de la colonne vertébrale, à droite, de nombreux sous-crépitants.

Température 37°8, 38°4.

1er mai. — *Grosse hémorragie intestinale.*

3 mai. — La température est de nouveau très élevée 40°4 et le pouls rapide 128°. Plus de diarrhée, le ventre est encore sensible, mais pas de gargouillement, plus de méningisme ; par contre, l'état pulmonaire s'aggrave, le poumon est rempli de sous-crépitants disséminés avec cependant une localisation plus précise au sommet droit.

8 mai. — Il semble que maintenant nous sommes en présence non plus d'un typhique mais d'un tuberculeux. A l'auscultation du poumon on entend une pluie de râles fins.

De plus quelques sibilances persistent au sommet gauche. Température 40°-41°4.

9 mai. — Réapparition du délire avec prostration et un peu de raideur de la nuque.

15 mai. — Les symptômes semblent s'atténuer un peu. La courbe thermique a considérablement baissé, 37°6-37°8. Début de l'alimentation.

18 mai. — Le soir 39°6, sans cause bien déterminée.

19 mai. — Température, 36°6-37°2.

22 mai. — On commence une série d'injections intraveineuses de 5 centimètres cubes d'électrargol tous les deux jours.

30 mai. — Température 37°2-37°6. Atténuation considérable des phénomènes pulmonaires.

25 juin. — Le petit malade sort guéri de sa dothiénentérie. Au poumon il ne reste plus rien à gauche. Mais à droite le poumon conserve de la submatité en arrière jusqu'à la base avec quelques sous-crépitants disséminés d'ailleurs peu nombreux ; au sommet, craquements humides peu nombreux également surtout perceptibles après la toux.

Que conclure de cette série d'observations ? Que la tuberculose n'entrave point le développement de la fièvre typhoïde et réciproquement : cela est surabondamment démontré. Quant à l'action de l'une des deux affections sur l'autre elle peut être diversement interprétée. M. le professeur Letulle écrit : « Nous ne sommes pas en droit de dire que la tuberculose pulmonaire assiste indifférente, au développement et à l'évolution de la maladie infectieuse par

excellence, la dothiénentérie, et n'en subit aucune aggravation. N'est-il pas plus juste d'admettre que les lésions granuleuses peuvent selon les circonstances subir une exacerbation plus ou moins considérable. La fièvre, et la longue convalescence qui suivra, font d'un organisme déjà détérioré par la tuberculose, un terrain de faible résistance, éminemment favorable à la pullulation des germes infectieux de la maladie chronique antérieure et plus les désordres étaient étendus et avancés avant l'apparition de la fièvre typhoïde, plus leur extension sera facile et rapide, une fois les éléments infectieux dothiénentériques détruits ou expulsés. »

Quant à la fièvre typhoïde, pour ne pas être souvent mortelle, elle n'en est pas moins parfois très grave surtout lorsqu'elle s'abat sur des sujets dont les lésions bacillaires sont en évolution ou ne demandent qu'à évoluer. Il nous a semblé que *la gravité même de la fièvre typhoïde pouvait être un élément de pronostic de la tuberculose*, c'est-à-dire qu'on pourrait en quelque sorte prévoir l'évolution ultérieure de la tuberculose par l'évolution même de la fièvre typhoïde.

En effet, dans les observations II, III, IV, V, VI et VII, où la tuberculose reste stationnaire au cours et après l'évolution de l'infection typhique, cette dernière évolue normalement sans incidents; à peine doit-on noter une prolongation de la convalescence dans l'observation II et dans les autres rien, absolument rien.

Il en est tout autrement des observations suivantes. Nous passons sous silence les observations VIII et IX dans lesquelles la fièvre typhoïde est simplement signalée, mais dans l'observation X « la dothiénentérie fut longue », observation XI, hémorragie intestinale ; observation XII, hémorragie intestinale ; observation XIII hémorragie intestinale ; observation XV, hémorragie intestinale ; observation XVI, hémorragie intestinale ; observation XVII hémorragies répétées ; observation XIX, phénomènes méningés, hémorragie intestinale ; observation XX, phénomènes méningés, hémorragie intestinale. Or, que deviennent les lésions bacillaires chez ces malades ? Elles évoluent. Elles peuvent n'être que légèrement aggravées, en tout cas, elles le sont toujours, et parfois elles ont conduit leur porteur au tombeau en l'espace de quelques semaines.

Nous pourrions donc dire, sans cependant trop généraliser : lorsqu'une typhoïde évolue normalement, sans complication, c'est que l'alliance typho-tuberculeuse est rompue, la tuberculose est en dehors du débat : il y a de grandes chances pour qu'elle ne prête point son concours à la dothiénentérie. Si au contraire la typhoïde est grave, s'accompagne de phénomènes méningés et surtout d'hémorragie intestinale : attention ! l'alliance n'est plus vaine : la bacillose sort de sa torpeur pour terrasser un ennemi dont seule elle n'aurait peut-être jamais eu raison.

Nous verrons d'ailleurs dans les chapitres sui-

nants avec quelle fréquence survient l'hémorragie intestinale chez les tuberculeux.

Nous avons eu en vue dans ce chapitre la coexistence de la fièvre typhoïde et de la tuberculose pulmonaire, mais la fièvre typhoïde peut encore évoluer chez des porteurs de lésions pleurales, ganglionnaires osseuses (1).

---

1. Babinski, *Journal des connaissances médicales*, 1882.— Laveran, *Archives de méd. et pharm. mil.*, 1884, 1er sem. — Toussaint, *Archives de méd. et pharm. mil.*, 1884, p. 190. — Labaste, Thèse de Lyon, 1893. — Laveran, *loc. cit.* — Saleur, Thèse de Nancy, 1895-1896. — Donzeau, Thèse de Paris, 1900-1901.

CHAPITRE III

ÉVOLUTION PARALLÈLE DE LA TUBERCULOSE ET DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Dans un second groupe, on peut ranger les cas, beaucoup plus rares, où la tuberculose aiguë et la fièvre typhoïde évoluent simultanément, créant ainsi pour le clinicien une grave difficulté de diagnostic.

Le problème clinique qui se pose à l'occasion de cette association morbide est des plus complexes à résoudre, et Saleur, dans sa thèse, écrivait en 1895 : « Quand les deux maladies sont combinées et évoluent simultanément, le diagnostic de l'association est impossible. » A cette époque, il avait peut-être raison. En effet, sans le contrôle de l'autopsie, quelles preuves pouvait-on apporter ? Il était toujours loisible de croire à une erreur de diagnostic, si facile d'ailleurs à commettre.

Il est, en effet, des cas où la fièvre typhoïde éclate brusquement par des lésions plus ou moins graves de l'appareil respiratoire, sans qu'il se manifeste en même temps de dérangement notable dans les fonctions digestives ou qu'apparaissent les autres troubles

fonctionnels ou physiques qu'on observe d'ordinaire à la période d'invasion. Puis, tout à fait tardivement, apparaissent des signes de dothiénenterie ; et le diagnostic s'égare, on pense d'abord à une affection pulmonaire, une bacillose aiguë, puis à une fièvre typhoïde et l'idée d'association peut venir à l'esprit, sans qu'elle existe en réalité.

D'autre part, la phtisie à marche lente et chronique n'est pas sans présenter parfois de grosses difficultés de diagnostic dans certaines périodes de son évolution ; elle peut se compliquer plus ou moins brusquement de phénomènes généraux graves qui par leur ensemble, rappellent à ce point la physionomie si caractéristique de la fièvre typhoïde que dans le premier moment ils peuvent, eux aussi, faire croire à une association, toute accidentelle de cette dernière maladie avec la bacillose pulmonaire.

Mais l'hésitation sera de courte durée, puisque maintenant nous avons des méthodes de laboratoire qui nous renseignent de façon nette et précise et nous mettent à l'abri d'erreurs qu'on pouvait commettre autrefois.

Nous allons d'abord exposer quelques observations, puis nous insisterons sur la difficulté du diagnostic pour essayer de mettre en relief les quelques notions cliniques qui aideront à ce diagnostic.

OBSERVATION XXI (Résumée)

(Sarda et Villard, *Revue de Méd.*, sept. 1893.)

Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées. — Autopsie

Homme de trente ans, sans antécédents, entre à l'hôpital le 14 septembre 1893. On constate chez lui des signes évidents de typhoïde avec, aux poumons, des signes de bronchite surtout marqués du côté droit.

17 septembre. — État général typhique. Taches rosées, etc., etc.

21 septembre. — L'état typhique est de plus en plus prononcé. Matité du sommet droit en arrière ; respiration saccadée.

23 septembre. — Délire.

25 septembre. — Trois crises épileptiformes.

26 septembre. — Quatre autres crises.

27 septembre. — Mort.

Autopsie. — Granulations tuberculeuses manifestes au sommet du poumon droit ; également sur une partie de l'épiploon et de l'intestin.

Sur l'intestin grêle, aux environs de la valvule, on voyait une série d'ulcérations de diverses dimensions. Plaques de Peyer tuméfiées. Rate, 210 grammes, contient des bacilles d'Eberth.

Au niveau des méninges, on trouve sur le contour du plancher du quatrième ventricule un bourrelet de pie-mère infiltré de granulations tuberculeuses.

Le diagnostic fut ici suspendu : tuberculose aiguë ou fièvre typhoïde, jusqu'à l'apparition des taches rosées, puis l'apparition de symptômes pulmonaires, puis méningés firent songer à la coexistence des deux affections, coexistence vérifiée sur la table d'autopsie.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(Obs. II, *in* thèse Saleur, service de M. Haushalter.)

Fièvre typhoïde grave à forme cardiaque. — Hémorragie intestinale. — Collapsus. — Association de tuberculose aiguë découverte à l'autopsie.

Début de l'affection le 24 décembre 1894. Enfant pâle, amaigri, gibbosité dorsale par mal de Pott ancien ; langue blanche, selles diarrhéiques abondantes, vomissements.

Sonorité partout dans le thorax, sauf aux bases en arrière, surtout à gauche. A gauche également bouffées de râles sous-crépitants depuis l'angle de l'omoplate, jusqu'à la base avec une respiration diminuée.

30 décembre. — La diarrhée augmente. Pouls 120.

31 décembre — *Grosse dyspnée.*

7 janvier. — *Hémorragie intestinale.* L'enfant rend trois quarts de litre de sang pur. Pâleur considérable. Délire persistant. Pouls petit, 130. Dyspnée.

Les jours suivants, mêmes symptômes, mais sans hémorragie.

17 janvier. — Mort.

Autopsie. — Plaques de Peyer saillantes, gaufrées, congestionnées au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

Poumon droit : quelques tubercules miliaires, surtout dans le lobe inférieur.

Poumon gauche : emphysème du sommet; hépatisation.

Le bacille de Koch est décelé en grande quantité dans les lésions tuberculeuses. Un cobaye inoculé dans le péritoine meurt de granulie au bout de sept jours.

OBSERVATION XXIII (Résumée)

(Kalendero de Bucarest, *Wiener medical presse*, 1894.)

Fièvre typhoïde et tuberculose miliaire aiguë combinées
Mort par péritonite le sixième jour de l'entrée à l'hôpital

Dès le début, signes classiques de fièvre typhoïde, puis le *visage animé du malade*, l'intensité des symptômes thoraciques constatés au sommet des poumons, l'expectoration et enfin la découverte du bacille de Koch dans les crachats firent abandonner le diagnostic du début pour celui de tuberculose miliaire aiguë à forme typhoïde. La mort survient brusquement par péritonite.

A l'*autopsie* on trouve en effet une tuberculose miliaire aiguë. Mais on trouve aussi dans l'intestin des ulcérations d'origine typhique, des follicules clos enflammés, de petites ecchymoses au niveau des plaques de Peyer. Le bacille d'Eberth est enfin décélé en culture pure dans les ganglions mésentériques.

OBSERVATION XXIV (Résumée)

(Obs. VI, *in* thèse Saleur.)

Fièvre typhoïde classique, mort au trente-deuxième jour ne laissant soupçonner d'aucune façon la tuberculose.

L'autopsie décèle des plaques de Peyer tuméfiées ulcérées ; un foie gros (1870 gr.) présentant une série de petits nodules disséminés.

Appareil pulmonaire : adhérences pleurales au sommet gauche. Dans toute la hauteur du poumon infiltration de tubercules à divers degrés d'évolution. Cavité cranienne : petits tubercules miliaires disséminés le long de la scissure de Sylvius.

Ici donc l'association typhobacillaire passe complètement inaperçue et ne fut révélée que sur la table d'autopsie.

OBSERVATION XXV

(Chantemesse et Ramond, Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1897)

R..., quatorze ans, tousse depuis six mois.

Il y a dix-sept jours insomnie, céphalée, frissons, anorexie puis aggravation de ces symptômes, mais sans diarrhée, pas d'épistaxis.

Il y a cinq jours R... s'alite.

2 avril. — Entrée à l'hôpital ; 39° 6. Rachialgie, céphalée sous-orbitaire et occipitale. Vomissements fréquents, constipation absolue, pupilles inégales, pouls petit, peu rapide

(70), ventre ballonné, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, la rate n'est pas grosse.

Râles sibilants dans les deux poumons ; crachats muqueux. Urines rares et albumineuses, réaction diazoïque positive ; pas de taches rosées.

On porte le diagnostic de méningite tuberculeuse. Néanmoins le séro-diagnostic est pratiqué ; il est absolument positif.

Les jours suivants les phénoménes méningés s'accentuent; raideur de la nuque.

4 avril. — Délire ; quelques secousses convulsives de temps à autre.

6 avril. — Mort vingt-un jours après le début des accidents aigus.

Autopsie. — On constate la coexistence de lésions de granulie et de dothiénenterie.

A l'ouverture du thorax ; adhérences pleurales récentes et bilatérales ; les poumons incisés montrent dans leur épaisseur une foule de granulations crues du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille. A gauche et au sommet noyau ancien de caséification. Infarctus disséminés dans les deux poumons et de peu d'étendue ; adénopathie trachéo-bronchique. Granulations sur les deux feuillets péricardiques. Cœur normal.

Le péritoine, au voisinage du foie, de la rate et du diaphragme est recouvert d'une grande quantité de granulations non ramollies.

Ganglions mésentériques hypertrophiés. Foie de poids normal, gros, présente quelques granulations tuberculeuses.

Rate petite, dure à la coupe.

Rein droit présente deux ou trois granulations tuberculeuses corticales.

Psorentérie très accusée au niveau de la partie terminale de l'iléon et de l'appendice ; placards hémorragiques sous-muqueux, d'étendue assez considérable dans la première moitié du jéjunum, ulcération des plaques de Peyer sur toute l'étendue de l'iléon. Petites ulcérations disséminées sur la muqueuse du gros intestin. Méningite tuberculeuse prédominant surtout à la convexité au niveau des zones motrices.

L'ensemencement de la pulpe des divers viscères donne une culture impure de bacilles d'Eberth.

OBSERVATION XXVI

(Guinon et Meunier, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1897.)

Alfred R..., huit ans, soigné pendant trois mois à Trousseau pour tuberculose pulmonaire entre aux Enfants assistés.

24 décembre 1896. — 39 degrés à 39°2. Dyspnée légère. Habitus caractéristique du tuberculeux ; maigre, d'une pâleur extrême ; il tousse, dort mal, mange à peine.

Submatité aux deux sommets, plus marquée à gauche. Inspiration rude et soufflante sous les clavicules, quelques râles secs, et retentissement de la voix au sommet gauche ; ganglions des aisselles et du cou augmentés de volumes. Rate et foie gros. Ventre un peu météorisé. Pas de gargouillement. Selles normales. Diagnostic : tuberculose en voie d'évolution.

29 décembre. — La fièvre prend une allure nouvelle, elle monte par oscillations croissantes et atteint bientôt 40 degrés.

Température autour de laquelle elle oscille pendant une dizaine de jours.

Les signes locaux et généraux répondent avec toute vraisemblance au développement d'une poussée pulmonaire. Puis, apparition du type thermique remittent à grandes oscillations.

9 janvier 1897. — Apparition de taches rosées sur le ventre; la température descend au-dessous de 38 degrés.

Le séro-diagnostic pratiqué le 11, puis le 13, est positif.

Les phénomènes pulmonaires s'atténuent avec rapidité. On conclut alors à un pneumotyphus qui a simulé une phtisie aiguë.

12 janvier. — Nouvelle poussée thermique. S'agit-il d'une rechute ? Pourtant l'enfant maigrit dans des proportions considérables; il est extrêmement faible, beaucoup plus que ne l'expliquerait une fièvre typhoïde. Les phénomènes pulmonaires changent encore une fois d'aspect ; tandis qu'au sommet gauche, la sonorité, la résistance au doigt diminuent, que les râles sont moins nombreux ; à droite, au contraire, la respiration est plus rude. Des râles, peu étendus en avant, occupent toute la hauteur en arrière et prédominent à la base en sorte que le poumon droit est maintenant plus malade que le gauche, contrairement à la première période.

18 janvier. — Arthrite de l'articulation du pouce gauche avec le métacarpien.

22 janvier. — La température tombe de 40°4 à 38°7. L'enfant est d'une faiblesse extrême, très oppressé, haletant, cyanosé, anxieux.

La mort arrive quatre jours plus tard.

Autopsie. — Rate volumineuse, parsemée d'un grand nombre de granulations blanchâtres.

Intestin grêle : une donzaine de petites ulcérations appartenant au type des petites ulcérations tuberculeuses lenticulaires. Les muqueuses cœcale et colique présentent des ulcérations analogues. Nombreux bacilles de Koch disséminés dans le voisinage des ulcérations.

Ganglions mésentériques gros tuméfiés, dégénérés, sans atteindre pourtant le stade de ramollissement.

Foie volumineux, quelques tubercules miliaires.

Reins congestionnés ; on voit sur la coupe un grand nombre de tubercules miliaires.

Plèvre adhérente aux bases.

Le parenchyme pulmonaire est dans sa totalité envahi par une broncho-pneumonie granulique, tous les lobes sont touchés ; au sommet gauche, trois ou quatre petites cavernules.

A la bifurcation bronchique, adénopathie tuberculeuse ancienne.

Cerveau : lésions classiques de granulie méningée.

Les cultures de liquides provenant de la rate, de la plèvre et du poumon ont donné un bacille identifié bacille d'Eberth.

« Le diagnostic primitif de tuberculose est, d'une part, amplement confirmé. Tuberculose ancienne réveillée récemment sous forme de phtisie galopante, tuberculose aboutissant enfin à la généralisation, à la granulie classique. D'autre part, l'infection typhoïdique que dénonçaient les caractères de la courbe thermique se trouve confirmée de façon

indiscutable, par la présence du bacille d'Eberth dans la rate et dans le poumon. L'association des deux affections est bien réelle ; le séro-diagnostic n'est pas en défaut. »

OBSERVATION XXVII

(Josias, *Tribune médicale*, 1901.)

N... Germaine, quatre ans et demi.

13 avril 1901. — Début de la maladie il y a une huitaine de jours. A son entrée la petite malade est dans un état de pseudo-collapsus. Émaciation considérable, pupilles égales, moyennant dilatées ; langue légèrement saburrale ; le ventre est rétracté en bateau. Raideur de la nuque très manifeste. Opisthotonos ; signe de Kernig des plus nets. Respiration précipitée, irrégulière ; quelques sibilances disséminées dans la poitrine.

Les bruits du cœur sont rapides, mais bien frappés.

Pouls 150. Température 38-38°5.

L'ensemble des symptômes fait songer à une méningite probablement tuberculeuse.

Calomel. Trois bains chauds à 38 degrés.

15 avril. — L'enfant a eu la veille, dans la soirée, une hémorragie intestinale assez abondante : un verre à Bordeaux environ de sang rouge vif.

L'hémorragie fait songer à une typhoïde à début méningitique. Sérum 100 grammes. Suppression des bains.

16 avril. — Collapsus. Abdomen légèrement ballonné.

Nombreux râles sibilants et ronflants disséminés dans les poumons ; quelques râles sous-crépitants aux bases.

Le séro-diagnostic est positif.

18 avril. — La cyanose des extrémités s'accuse de plus en plus ; l'enfant est dans le coma absolu et succombe dans la soirée.

Autopsie. — Poumon droit : le lobe inférieur du poumon droit est transformé en un bloc compact, grisâtre à la coupe, ne crépitant plus sous le doigt, ramolli et caséeux à son centre, présentant une caverne ayant les dimensions d'une noisette ; le lobe moyen et le lobe supérieur sont parsemés de granulations miliaires.

Poumon gauche : les deux lobes sont farcis de granulations du haut en bas. Ganglions bronchiques volumineux, mais non caséeux.

La muqueuse du gros intestin présente une hyperhémie intense, mais sans ulcération. Intestin grêle ; hyperémie intense ; trois petites ulcérations vers le tiers moyen. Foie : quelques tubercules miliaires.

Cerveau : hyperémie intense de la pie-mère qui adhère fortement au cerveau. Semis de granulations blanches le long des vaisseaux, surtout à la face externe. Peu de lésions de la base ; pas d'exsudats.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(Descos, *Lyon médical*, 1902.)

D..., vingt ans.

Antécédents personnels. — Eut une grippe il y a deux mois dont elle ne s'est jamais bien remise. Il y a un mois,

aggravation des symptômes, céphalée et courbature. Il y a quinze jours, elle voit un médecin qui la met à la diète lactée, puis l'envoie à l'hôpital avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

4 mai. — Plus de céphalée ni de courbature. Température 39°4 Langue typhique, ulcération ovalaire à la partie supérieure du pilier antérieur droit. Léger météorisme abdominal. Rate grosse ; pas de troubles nerveux, sauf un peu d'obnubilation.

Pouls 120, régulier, bien frappé, non dicrote.

Poumons : quelques sibilances disséminées, rares fugaces, sans prédominance aux sommets ni aux bases ; elle ne tousse ni ne crache.

6 mai. — Température 40°5-39°9. Pouls 124-128.

Séro-diagnostic de Widal positif.

Bains à 28 degrés.

7 mai. — Pouls 128.

9 mai. — Pouls 140. Température 39°6-40°1. Bains à 23 degrés.

Depuis avant hier la malade a de la tendance à la cyanose quand elle est dans le bain.

10 mai. — *Cyanose légère*, même en dehors du bain. Accès d'oppression dans le bain. Pouls 132. Température 39°8-39°9. A l'auscultation du poumon très rares sibilances.

11 mai. — *Cyanose très accentuée.* Pouls 168. Œdème pulmonaire avec nombreux râles fins très serrés. Saignée de 500 grammes. La malade meurt une demi heure après la saignée.

Autopsie. — Les deux poumons sont farcis de granulations de haut en bas, quelques granulations discrètes dans la rate le foie et les reins.

Intestin : Nombreuses plaques de Peyer tuméfiées, la plupart nettement exulcérées.

« Il semble bien que l'infection typhique et l'infection tuberculeuse aient été contemporaines. L'affection aiguë du début accompagnée d'épistaxis et qualifiée de grippe ressemble bien à une dothiénentérie ; mais de cette dothiénentérie, la malade ne s'était pas bien remise et chaque fois qu'elle essayait de reprendre son travail, elle était obligée de se reposer de nouveau. C'est qu'à ce moment l'infection tuberculeuse existait déjà, évoluant sourdement d'abord, pour se manifester dans le dernier mois avec une allure plus aiguë qui a nécessité l'entrée de la malade à l'hôpital. »

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(Letulle et Verliac, Soc. méd. des Hôp., de Paris, 22 juin 1906.)

Louise B..., vingt-six ans, cuisinière, entre à l'hôpital Boucicaut le 23 février 1906, pour une affection aiguë dont le début remonte à quinze jours environ.

Pas d'antécédents bien nets ; à signaler des angines fréquentes et un ganglion situé au niveau de l'angle gauche du maxillaire inférieur.

Début de l'affection par céphalée et épistaxis répétées. Au dixième jour à la céphalée s'ajoute une raideur des masses lombaires, puis de la nuque ; elle entre enfin à l'hôpital.

23 février. — Céphalée, rachialgie qui immobilise la malade à plat sur son lit. Raideur de la nuque. Langue typhique dont la pointe dévie à gauche. Pas de vomissements. Constipation depuis deux jours. L'abdomen est ballonné ; quelques taches rosées lenticulaires sur les flancs.

L'examen des poumons monte, à la percussion et à l'auscultation, les signes d'une induration circonscrite au sommet droit sans râles. Température 38°8. Pouls 88.

L'étude du système nerveux permet de constater en outre une hypéresthésie générale, une exagération légère, mais fort nette des réflexes tendineux et cutanés, sans signe de Kernig et la raie méningitique abdominale.

En présence de ces signes, l'idée première qui s'imposait était celle d'une fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale ou pour mieux dire méningée. Cependant les accidents paralytiques circonscrits, nous entraînaient, presque malgré nous d'autre part à soupçonner la tuberculose miliaire aiguë.

24 février. — Séro-diagnostic positif au 1/30.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien louche, le culot est formé de 80 o/o de lymphocytes. Pas de bacille de Koch ; 5 centimètres cubes de ce liquide sont inoculés dans le péritoine d'un cobaye, qui, sacrifié soixante-trois jours plus tard, ne présentera pas traces de lésions tuberculeuses.

26 février. — Léger strabisme interne de l'œil gauche. Ponction lombaire 40 centimètres cubes.

28 février. — Culture de sang faite à l'aide de 10 centimètres cubes. Cet ensemencement donne, les jours suivants, une culture abondante d'un cocco-bacille qui présente tous les caractères colorants et agglutinants du bacille d'Eberth.

Pendant ce temps le malade s'affaiblissait rapidement.

2 mars. — Décès.

Autopsie. — Encéphale (1420 gr.) méninges fortement hyperémiées ; en plusieurs endroits : surface de la protubérance, le long des deux sylviennes et de leurs branches, il existe un exsudat très épais, fibrinoïde diffus. Traînées de granulations tuberculeuses le long des vaisseaux.

Les poumons sont gorgés de granulations tuberculeuses miliaires beaucoup plus abondantes dans le lobe supérieur.

La rate (225 gr.) est entourée d'adhérences péritonéales épaisses, anciennes, au milieu desquelles on peut reconnaître plusieurs petits tubercules. Les reins sont couverts de granulations tuberculeuses miliaires.

Le foie (1095 gr.) est entouré d'adhérences anciennes tuberculeuses.

Intestin grêle : à 1 m. 50 du cæcum, petite ulcération ovalaire. Deux ulcérations dans le cæcum, sept autres dans le côlon. Le microscope démontre la nature non tuberculeuse de ces ulcérations aiguës. La trompe utérine droite est volumineuse : salpingo-ovarite tuberculeuse. Le ganglion sous-maxillaire est une vaste collection de pus caséeux.

OBSERVATION XXX (Personnelle)

F..., vingt-sept ans, entre à l'hôpital le 14 avril 1912. Deux de ses frères seraient morts de méningite tuberculeuse ; quant à lui, il aurait toujours été bien portant.

15 avril. — Malade depuis une dizaine de jours, il est dans un état de prostration complète, les pupilles inégales, la

nuque raide. Signe de Kernig. Vomissements fréquents. Ventre météorisé.

Température, 40 degrés à 40°4. Pouls 100. Les bruits du cœur sont faibles et irréguliers. Rate grosse.

Sur les flancs, quelques taches rosées. A l'auscultation du poumon, on ne note que quelques râles ronflants disséminés.

Ponction lombaire : 20 centimètres cubes de liquide clair et hypertendu.

Bains à 32 degrés, puis à 35, puis à 38 : légère tendance à la cyanose dans le bain.

16 avril. — État stationnaire, température 40°4-40 degrés.

18 avril. — Le malade commence à tousser un peu.

Électrargol intraveineux, 10 centimètres cubes.

19 avril. — Électrargol.

29 avril. — Électrargol. Température, 39°6-40°6.

Aux poumons, les sibilances ont augmenté, la toux persiste, le malade commence à expectorer quelques crachats dans lesquels l'examen bactériologique décèle du bacille de Koch.

27 avril. — Le séro-diagnostic est positif. L'hémoculture également. L'état typhique persiste avec les phénomènes méningés. Le pouls s'accélère à 120, le cœur est toujours irrégulier.

Hémorragie intestinale abondante.

On cesse les bains. Collargol en frictions.

30 avril. — Température, 39°2. Pouls 116. Dyspnée légère. La prostration continue. La toux est fréquente, l'expectoration peu abondante. Aux poumons, on commence à entendre quelques sous-crépitants disséminés sur toute la surface pulmonaire.

5 mai. — Température, 39°6-39°2. L'état persiste toujours très grave, quoique il semble y avoir une rémission légère dans les phénomènes méningés.

6 mai. — Électrargol, 10 centimètres cubes.

8 mai. — Les extrémités se cyanosent, les lèvres sont bleuâtres, la dyspnée augmente progressivement

Au poumon, les signes stéthoscopiques se localisent.

Tout le côté gauche est envahi de nombreux sous-crépitants ; à droite, quelques râles plus fins à la base.

15 mai. — Température, 38°6-38°8. Les signes de fièvre typhoïde disparaissent, la prostration est moindre, plus de Kernig ni de raideur de nuque, la céphalée persiste néanmoins. Mais les phénomènes pulmonaires évoluent avec une rapidité inquiétante.

A gauche, signes évidents de ramollissement.

A droite, on commence à percevoir quelques sous crépitants au sommet et tout le long de la colonne vertébrale.

20 mai. — 38°8-39 degrés. Hémoptysie.

25 mai. — Il n'est plus guère question de fièvre typhoïde.

Par contre, les lésions bacillaires font prévoir une issue fatale à brève échéance. Toux fréquente, sueurs nocturnes abondantes. Expectoration mucopurulente.

1er juin. — La cyanose s'accentue, la dyspnée également.

Les lésions pulmonaires droites ont évolué avec une rapidité effrayante.

6 juin. — Depuis le début du mois, la fièvre a pris une allure hectique, 37-39 degrés. Le malade meurt asphyxique.

OBSERVATION XXXI (Personnelle)

M..., dix ans, entre à l'hôpital le 10 octobre 1911.

Antécédents héréditaires. — Sœur morte bacillaire ; un frère actuellement bacillaire ; mère eut de nombreuses bronchites. Lui-même tousse un peu, sans cependant présenter rien de bien net.

10 octobre. — Malade depuis les premiers jours d'octobre. Il entre avec un ensemble de signes peu nets et qui laissent le diagnostic en suspens ; et d'abord l'enfant d'une maigreur squelettique, présente un état général très mauvais. Il se plaint de céphalée, il est légèrement prostré ; la rate est grosse ; mais il n'y a pas eu d'épistaxis ; il n'y a pas eu de diarrhée. Au contraire, l'enfant est constipé ; pas de douleur dans la fosse iliaque droite, ni de gargouillement, pas de taches. La température monte à 40 degrés et le pouls à 120.

Au poumon, on trouve quelques sibilances disséminées. Bains à 38 degrés. Calomel.

16 octobre. — L'état reste à peu près le même, la courbe thermique est irrégulière, sans caractères bien précis, quand survient une *hémorragie intestinale*, sans baisse appréciable de température (la chute classique ne se produira guère que deux jours plus tard, le 18).

On fait un séro-diagnostic qui est positif. L'hémoculture reviendra, elle aussi, positive.

Sérum anti-diphtérique, 10 centimètres cubes.

17 octobre. — Sérum anti-diphtérique, 10 centimètres cubes.

18 octobre. — Sérum anti-diphtérique, 10 centimètres

cubes. La température est à 36 degrés, pourtant l'hémorragie ne s'est point renouvelée.

19 octobre. — La température est de nouveau à 40 degrés. L'état général est toujours très mauvais. Les différents signes du début n'ont guère changé ; aux poumons on peut entendre des râles de bronchite généralisée avec matité de la base droite et foyer de sous-crépitants fins.

26 octobre. — Pendant quelques jours, la température a évolué aux environs de 39 degrés, quand survient une réaction méningée intense. L'enfant sort de sa torpeur pour tomber dans une agitation que rien n'aurait laissé prévoir. Délire : l'enfant veut constamment se lever, rejette ses couvertures, ses draps, etc.

Inégalité pupillaire. Kernig. Ponction lombaire : liquide clair, mais hypertendu. L'analyse bactériologique révèle simplement de la lymphocytose. L'état général du petit malade, est de plus en plus précaire.

Électrargol intraveineux, 10 centimètres cubes (puis on fera tous les deux jours, jusqu'au 10 novembre, une injection intraveineuse de 10 centimètres cubes d'électrargol).

1er novembre. — Même état méningé, même agitation.

Ponction lombaire avec liquide toujours clair et hypertendu.

5 novembre. — Ponction lombaire. Liquide hypertendu. La température continue à osciller aux environs de 39-40 degrés. Le pouls est petit et rapide, 120. (Il a d'ailleurs toujours été rapide pendant tout le cours de l'affection.) *Dyspnée légère.*

6 novembre. — Baisse de température, 37 degrés. Pouls petit, filant. Sérum physiologie, 125 centimètres cubes.

11 novembre. — L'état général s'améliore. La température a tendance à baisser. Appareil pulmonaire : à droite, en arrière, la base reste mate, mais, au sommet droit, on commence à entendre quelques craquements secs assez nets.

Dès cette époque, on tente de nourrir le malade : une bouillie avec de la farine lactée.

12 novembre. — La température remonte d'un degré : on cesse la farine lactée.

15 novembre. — La température est redevenue normale : une bouillie.

25 novembre. — Malgré quelques élévations thermiques qui ont même pu aller jusqu'à 40 degrés, on a continué à alimenter le malade : potages et bouillies à la farine lactée. Aujourd'hui, première purée. L'état général, d'ailleurs, continue à s'améliorer.

1er décembre. — On ajoute un œuf à l'alimentation journalière. La température est maintenant aux environs de 37 degrés.

12 décembre. — On donne de la viande pour la première fois.

1er janvier. — L'enfant continue à bien aller ; la convalescence se passe sans incidents.

15 janvier. — Sortie.

Appareil pulmonaire : rien à gauche.

A droite, au sommet, en arrière, il persiste de la submatité avec quelques craquements sec discrets.

Nous sommes donc ici en présence d'une tuberculose chronique dont l'éclosion coïncide avec une fièvre typhoïde. Le diagnostic en fut quelque peu difficile à établir et il fallut une complication :

hémorragie intestinale pour provoquer le séro-diagnostic ; puis la fièvre typhoïde évolue sévère. Quant à la tuberculose, elle ne semble pas considérablement influencée par la typhoïde puisque l'enfant sort avec en somme peu de signes pulmonaires.

Ce qui est intéressant de noter dans cette observation, c'est la façon dont fut conduite l'alimentation. On donne, et cela très rapidement, à manger au petit malade, en dépit de quelques incidents fébriles qui peuvent survenir entre temps. Il y a, pensons-nous, tout intérêt à nourrir ces déprimés, si l'on veut les mettre en état de lutter avec quelque chance de succès contre un ennemi qui les surprend en pleine déroute. Il était, nous l'avouons, peut-être très audacieux ici, de mener l'alimentation comme elle le fut, à cause de l'hémorragie qui survint au début de l'affection, pourtant la suite donna raison à cette manière de faire.

OBSERVATION XXXII (Personnelle)

B..., dix ans, entre à l'hôpital le 2 septembre 1912.

Antécédents personnels. — Convulsions.

Antécédents héréditaires. — Trois frères morts en bas âge de méningite et de convulsions (?).

Malade depuis une quinzaine de jours il entre à l'hôpital avec un ensemble de signes qui égarent le diagnostic et sont loin de faire penser à une fièvre typhoïde. Le petit malade est prostré, c'est vrai, mais il se cache sous ses couvertures couché en chien de fusil ; il présente une ébauche de Kernig,

de l'inégalité pupillaire avec mydriase, il pousse de temps à autre quelques gémissements et semble indiquer qu'il souffre de la tête.

L'auscultation décèle quelques sibilances en avant, surtout à gauche. En arrière murmure vésiculaire affaibli.

La température est à 39°6, le pouls à 130.

On émet l'idée d'une méningite tuberculeuse.

Bains à 38 degrés.

5 septembre. — Le thermomètre ne marque plus que 38°6. Le pouls est toujours rapide, 120. Les signes méningés persistent. Mais devant la prostration et surtout devant une diarrhée ocreuse et persistante, on songe à la possibilité d'une dothiénenterie à début méningé et l'on pratique l'hémoculture. La réponse sera positive.

7 septembre. — Même état méningé; pupilles dilatées et inégales ; prostration. De signes typhiques ; peu ou pas ; pas de douleur dans la fosse iliaque droite, pas de taches rosées, rate à peine perceptible. Pouls rapide. Le petit malade se met à tousser et à cracher. Urines : albumine 0,20.

On continue les bains à 38 degrés.

10 septembre. — État stationnaire. La température oscille autour de 39 degrés, avec un pouls à 110-120.

11 septembre. — Incision de deux abcès fessier et lombaire.

15 septembre. — La diarrhée cesse pour faire place à une constipation opiniâtre.

Sibilances généralisées dans tout l'appareil pulmonaire.

17 septembre. — Malgré les lavements donnés avec prudence, la constipation demeure ; le vente se ballonne ; quelques vomissements.

18 septembre. — Lavement électrique qui donne issue à une selle copieuse. La prostration a tendance à diminuer, également les signes méningés.

22 septembre. — La toux persiste, mais moins fréquente. Aux poumons quelques sibilances disséminées ; mais la percussion décèle de la submatité du sommet gauche.

28 septembre. — Température 37°2-38°2. Ponction lombaire : liquide clair non hypertendu, leucocytes, traces d'albumine. L'état général s'améliore, les signes méningés tendent à disparaître progressivement.

Pendant tout le cours de la maladie on fit chaque jour des injections de 2 à 4 centimètres cubes d'huile camphrée.

De plus, du 5 au 22 septembre, on fit tous les deux jours une injection intra-veineuse de 5 centimètres cubes d'électrargol.

30 octobre. — Reprise de l'alimentation : un potage.

4 octobre. — Deux potages.

6 octobre. — Deux potages, plus une purée.

1er novembre. — La toux a cessé, malgré tout la température n'est jamais descendue bien franchement à 37, degrés elle oscille entre 37 et 37°8.

18 novembre. — Sortie. Il reste au sommet gauche de la submatité avec rudesse respiratoire.

Pas de craquements. Température 37°2.

Nous nous trouvons ici en présence d'une typhoïde à début méningé au cours de laquelle éclot une tuberculose pulmonaire qui ne laisse d'ailleurs que fort peu de traces.

Quoi qu'il ne soit point question dans ces trois

dernières observations de la coexistence de la fièvre typhoïde avec la granulie, nous les avons néanmoins placées dans ce chapitre, parce que la tuberculose y semble éclore dans l'organisme de nos malades en même temps que la dothiénenterie : elle lui est contemporaine, les deux affections évoluent parallèlement. La seule différence réside dans le pronostic : quand la granulie s'associe à la fièvre typhoïde, c'est la mort. Quand il s'agit au contraire de l'éclosion d'une tuberculose chronique, le pronostic est tout autre : le plus souvent la poussée aiguë bacillaire se calme et le malade sort guéri de sa fièvre typhoïde tout en conservant quelques traces de tuberculose.

Il peut arriver néanmoins que la tuberculose évolue avec une rapidité telle, qu'elle emporte le malade en quelques semaines.

Le diagnostic de l'évolution parallèle des deux affections est, nous l'avons vu dans les observations qui précédent particulièrement délicat parce qu'on peut se heurter à trois ordres de difficultés.

A. — On peut avoir affaire à une **fièvre typhoïde simulant une tuberculose aiguë.**

Le début des deux maladies offre parfois des caractères si analogues qu'il est en somme bien permis de s'y méprendre quelquefois : malaise général, inaptitude au travail physique et intellectuel, irrégularité

du sommeil, torpeur des fonctions digestives, caractère traînant de la période d'invasion ; pourtant dans la tuberculose il survient parfois des périodes de rémission qui n'existent point dans la déthiénenterie.

A la période d'état, ce sont surtout les symptômes pulmonaires qui doivent attirer notre attention. Normalement on doit trouver des râles sonores dans la poitrine d'un typhique. Lorsque la stupeur est profonde, l'engouement hypostatique des poumons se dissémine et l'on constate, à un degré variable, les signes de la congestion des parties déclives.

Lorsque la broncho pneumonie siège au sommet surtout si la maladie traîne en longueur, on peut-être tenté de songer à la granulie ; la distinction est parfois subtile ; néanmoins la localisation persistante au sommet, ou bien la présence de sang dans les crachats ou de bacille de Koch sont des signes en faveur de la tuberculose.

Le coexistence de signes pulmonaires douteux et de phénomènes méningés peut parfois conduire au diagnostic de tuberculose, alors qu'il s'agit simplement de fièvre typhoïde ; l'observation ultérieure du malade et l'éclosion des signes typhiques lèveront les doutes.

Enfin si les signes classiques de typhoïde sont peu nets, le laboratoire viendra au secours de la clinique par la recherche du bacille de Koch, l'hémoculture, le séro-diagnostic, etc.

B. — On peut avoir affaire à une **tuberculose aiguë simulant la fièvre thyphoïde.**

C'est au professeur Landouzy que revient le mérite d'avoir, dès 1882, individualisé une forme de tuberculose aiguë qu'il appelle *typho-bacillose*. « La typho-bacillose est une bacillose aiguë qui surprend les individus semblant indemnes de tuberculose ; elle ressemble de tous points à une dothiénenterie dont elle a presque tous les signes. Cette ressemblance explique qu'on l'ait confondue et qu'on la confonde encore avec la typhoïde éberthienne ; le diagnostic ne s'en fait que sur des nuances cliniques » (Gougerot). « A première vue, la ressemblance est frappante avec la fièvre typhoïde éberthienne, et l'on comprend aisément comment ces deux états typhoïdes ont été si longtemps et sont encore si souvent confondus. Seules des nuances symptomatiques permettent de les différencier : c'est d'abord l'irrégularité de la courbe thermique. Celle-ci, pour être continue comme dans la fièvre éberthienne, montre des oscillations plus considérables avec des irrégularités d'un jour à l'autre, ou d'une semaine à l'autre ; c'est en second lieu la dissociation du pouls et de la température le pouls étant d'ordinaire beaucoup moins accéléré chez les éberthiens. C'est encore et surtout l'absence de signes de localisations viscérales, absence de catarrhes pharyngé et bronchitique (constant chez les éberthiens) ; absence de catarrhe intestinal aussi bien que de constipation ; absence enfin de taches rosées lenticulaires, dont l'importance est telle, qu'il faut,

selon moi, tenir pour suspecte toute typhoïde, dans laquelle a manqué l'exanthème. » (Landouzy)

L'aspect clinique de la typho-bacillose est celui d'une fièvre typhoïde éberthienne : prostration subdélire, soubresauts des tendons, langue sèche, fièvre élevée, pouls dicrote, amaigrissement, ballonnement abdominal, grosse rate. Par contre « les poumons ne disent rien, les centre nerveux peu de chose. » La seule différence qui frappe, c'est l'absence de taches rosées lenticulaires, bien qu'exceptionnellement la typho-bacillose puisse en présenter.

Parfois cette typho-bacillose emporte le sujet ; plus souvent, la phase aiguë semble guérir et la bacillose se localise ensuite sur un organe : poumons, méninges, péritoine.

Si exceptionnellement, l'affection aboutit à la mort, l'autopsie ne montre que des lésions congestives et dégénératives, communes à toutes les grandes septicémies. A peine trouve-t-on quelques rares granulations grises et translucides, à peine visibles, tout juste suffisantes pour donner à la maladie sa signature.

Mais la terminaison fatale est l'exception. Landouzy disait en 1908 : « Depuis vingt-cinq ans que mon attention est attirée sur ce type clinique, je n'ai guère vu mourir plus d'une dizaine de typho-bacillaires pendant la période de typhisation. » Ordinairement, après une période de trois ou quatre semaines d'une fièvre continue avec prostration plus ou moins accusée accompagnée d'un ensemble de

signes cliniques qui font croire à une thyphoïde ou tout au moins à un embarras gastrique fébrile, le malade entre en convalescence.

Mais, là encore, il existe de notables différences entre le convalescent typhique et le convalescent typho-bacillaire ; ce dernier persiste à conserver son amaigrissement ; l'appétit est médiocre, ce n'est plus cette rapacité vorace du typhique énervé par une longue diète. Puis plusieurs semaines, plusieurs mois se passent et l'on est tout étonné un jour d'assister à l'éclosion d'une bacillose.

Ici se place une objection : ne pourrait-on pas invoquer cette difficulté du diagnostic pour rejeter une partie de nos observations (Ch. IV) et prétendre que ces bacilloses qui vont éclore pendant la convalescence de la dothiénenterie ne sont en réalité que la seconde partie du «drame typho-bacillaire». L'objection pouvant, à la rigueur, être faite il y a quelques années ; aujourd'hui même lorsque nous n'avons pas le contrôle de l'autopsie, nous pouvons affirmer néanmoins qu'il y a eu dothiénenterie, grâce aux méthodes de laboratoire.

Nous pouvons établir avec certitude le diagnostic de dothiénenterie par la recherche du microbe pathogène dans les fèces, par la séro-réaction de Widal, par l'hémoculture qui, à la période aiguë, montre la présence ou l'absence du bacille d'Eberth. D'autre part, l'inoculation intrapéritonéale au cobaye de cinq centimètres cubes de sang recueilli dans la veine, la séro-réaction d'Arloing et Courmont, l'oculo-

réaction de Calmette et Guérin, la cuti-réaction de Von Pirket, la constatation du bacille dans le sang circulant par l'inoscopie de Jousset permettent de mettre en évidence les septicémies à bacilles de Koch.

« Ainsi donc les nuances cliniques précisées par Landouzy feront suspecter la typhobacillose ; l'hémoculture et le sérodiagnostic de Widal négatifs la rendront très probable ; l'inoculation du sang et des urines au cobaye l'affirmeront. »

Nous venons de voir comment évoluent ces deux formes cliniques : *tuberculose simulant la fièvre typhoïde* et *fièvre typhoïde simulant la tuberculose* ; nous allons maintenant insister un peu sur le *diagnostic différentiel.*

Nous avons déjà vu que la lenteur de l'invasion et les remittences sont plutôt en faveur de la tuberculose ; l'accélération des mouvements respiratoires, l'amaigrissement rapide, l'irrégularité de la courbe thermique plaident également en faveur d'une tuberculose.

Au contraire, les troubles digestifs, la prostration accentuée, les épistaxis, la température s'élevant graduellement pour se maintenir régulière sans grands écarts,sont plutôt le fait dans dothiénenterie.

Les phénomènes adynamiques ne nous arrêteront pas ; ils dépendent de l'intensité de l'affection et non de sa nature.

Les signes stéthoscopiques dans la granulie sont

souvent en discordance avec la dyspnée et les signes fonctionnels. Dans la fièvre typhoïde, à une grosse dyspnée, correspondent généralement des signes bien précis de bronchite généralisée, congestion des bases ou broncho-pneumonie.

Dans la typhoïde, la langue est bien particulière, rôtie, blanche au centre, rouge sur les bords ; le ventre est ballonné, météorisé, plutôt que creusé en bateau ; le gargouillement, la douleur, à la pression surtout, sont plus nettement localisés à la fosse iliaque droite ; la diarrhée est jaune ocreuse (les granuliques sont plutôt constipés). Enfin, les hémorragies exceptionnelles dans la granulie sont ici plus communes.

La compréhension de la courbe thermique est, à notre avis, capitale car si les trois stades classiques de la courbe typhoïdique ne sont point toujours d'une netteté rigoureuse, du moins sont-ils toujours esquissés. Une courbe tourmentée n'est point une courbe de typhoïde pure.

Le pouls enfin, et c'est par lui que nous terminerons, est un gros élément de diagnostic. Outre qu'il peut être dicrote, il est surtout lent dans la typhoïde, lent et en discordance avec le tracé thermique, et si nous ne craignions d'être taxé d'exagération, nous dirions qu'à eux seuls, ces deux caractères du pouls, pourraient confirmer un diagnostic hésitant.

C. — **Enfin on peut avoir affaire à une fièvre typhoïde évoluant simultanément avec une tuberculose aiguë.**

Si nous jetons un regard d'ensemble sur ces quelques observations de fièvre typhoïde et tuberculose à évolutiou parallèle, nous voyons qu'on peut les diviser en *deux groupes* : dans l'un, *le malade se présente à nous avec des signes assez nets de tuberculose* soit pulmonaire, soit méningée, etc. il faut alors dépister la fièvre typhoïde. Dans l'autre, *le malade est un typhique*, il faut dépister la tuberculose.

1° *Dans le premier groupe on pose d'abord le diagnostic de tuberculose*, puis l'état général se modifie ; apparaissent des taches rosées, de la diarrhée, une hémorragie et le doute naît dans l'esprit du médecin ; on fait un séro-diagnostic qui est positif et le diagnostic d'associaton morbide est nettement posé. Dans l'observation XXV, on pense d'abord à une méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde n'est découverte que par hasard parce que tout de même on a demandé un séro-diagnostic qui se montre positif. Dans l'observation XXVI, on croit à une tuberculose en évolution, puis apparaissent quelques taches rosées : l'éveil est donné. Dans l'observation XXVII, encore un malade qui se présente avec un aspect de méningite tuberculeuse et il faut une hémorragie intestinale pour faire penser à la fièvre typhoïde.

Observation XXXI. — Malade donnant plutôt l'im-

pression d'un bacillaire et dont la double affection n'est également reconnue que grâce à une hémorragie intestinale.

Observation XXXII. — On pense d'abord à une méningite tuberculeuse, puis survient une diarrhée ocreuse vraiment caractéristique qui met sur la voie du diagnostic.

Un mot en passant sur la *valeur du séro-diagnostic positif*. En effet ; l'agglutination du bacille d'Eberth par le sérum des malades atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde a été plusieurs fois déjà signalée. Mais c'est principalement dans les affections du foie et des voies biliaires, d'une part ; de la tuberculose, d'autre part, que des séro-réactions ont été observées.

Pour les affections du foie, Gilbert et Lipmann ont repris la question en 1903 sur les bases expérimentales rigoureuses et ils concluent que dans la plupart des cas il s'agissait d'affections éberthiennes latentes ou méconnues.

Quant à la tuberculose, plusieurs auteurs estiment qu'elle peut donner une réaction de Widal positive surtout à ses périodes ultimes. Jez en cita un cas critiqué plus tard par Widal Caryophillis (d'Athènes) rapporte l'observation suivante. Il s'agit d'un malade de cinquante ans, dont la température monte progressivement jusqu'à 39°6-40 degrés, courbature constipation, ventre ballonné ; cet état dure deux mois sans qu'on puisse faire de diagnostic précis. On fait entre temps l'examen du sang qui n'a montré ni

réaction de Widal positive, ni réaction de la fièvre de Malte, pas d'hématozoaires de Laveran. Le malade, entre autres signes cliniques, présente quelques râles humides avec prépondérance au sommet droit du poumon et peut-être un peu de diminution de sonorité de ce côté. Il tousse, mais, comme il a fait il y a cinq ans, une pneumonie de ce même sommet droit, on n'a pas cru devoir attacher une grande importance à ces signes.

Après deux mois de pyrexie, il fait une défervescence qui a duré plusieurs jours, puis la même histoire recommence : langue chargée, ballonnement du ventre, grosse rate, plusieurs selles liquides par jour, région hépatique douloureuse avec nombreuses taches rosées lenticulaires. L'examen du sang, fait de nouveau, a montré cette fois la réaction de Widal positive à 1/50. On croit avoir affaire à une fièvre typhoïde avec récidive. Mais un mois encore se passe et le malade, avec la fièvre, des sueurs nocturnes, s'affaiblit de plus en plus. Les phénomènes du sommet du poumon droit s'accentuent ; la matité devient de plus en plus nette avec souffle. La dyspnée augmente jusqu'à soixante respirations par minute. Les crachats ont été examinés et contiennent du bacille de Koch ; l'état du malade s'aggrave et la mort survient.

Caryophillis conclut : « et pourtant, malgré ce résultat, la terminaison de la maladie par la mort très rapide à la façon d'une tuberculose, étant donnés aussi les bacilles trouvés en dernier lieu dans les

crachats du malade,il n'y a aucun doute que celui-ci a fait une pyrexie bacillaire qui l'a emporté. Cela implique du même coup ce fait que la réaction de Widal faible peut être trouvée dans la tuberculose. »

Néanmoins, nous nous permettrons d'ajouter que l'autopsie n'ayant point été faite, il est impossible d'affirmer qu'il n'y avait pas dans l'intestin de lésions de nature éberthienne.

D'autre part, si l'hémoculture avait été pratiquée, peut-être aurait-elle été positive, elle aussi. Enfin, l'évolution même de la maladie ne nous défend pas de conclure tout aussi logiquement à une poussée bacillaire suivie d'une dothiénenterie qui donne à la tuberculose le coup de fouet final.

M. Armengaud rapporte dans *la Revue internationale de médecine et de chirurgie de 1911* un autre cas de granulie avec séro-diagnostic positif. Il s'agit d'un jeune soldat qui présenta tous les symptômes classiques de la fièvre typhoïde : stupeur, céphalée, diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, fièvre à 40 degrés, etc. Le séro-diagnostic est positif. Le malade présente des signes de méningite et meurt. L'autopsie decèle une tuberculose miliaire aiguë. Il semble que cette observation soit concluante et pourtant si des cultures avaient été pratiquées, n'auraient-elles point decelé le bacille d'Eberth ?

C'est qu'en effet, en cette matière, il faut être très prudent dans ses affirmations ; témoin l'observation XXVI au sujet de laquelle Guinon et Meunier écrivent : « Noyée dans l'évolution plus tapageuse

de la tuberculose aiguë, éteinte pour ainsi dire au moment de la mort, la fièvre typhoïde a failli nous échapper, l'examen nécropsique lui-même, ne nous a fourni aucun argument en sa faveur. Bien plus, la pauvreté de nos cultures éberthiennes, extraites de la rate, nous a prouvé que le bacille typhique était en voie de disparaître, et que quelques jours plus tard, il se fût sans doute dérobé complètement à nos investigations bactériologiques. Nous ne trouvions plus dès lors que la seule granulie ; et, de bonne foi vraiment, nous aurions ajouté notre observation aux quelques faits très rares (peut être analogues) dans lesquels la réaction agglutinante a été observée dans la granulie. »

2° *Dans le second groupe, le malade est un typhique avéré. Il faut dépister la tuberculose.* Il peut arriver que celle-ci éclate avec évidence à la période terminale de la maladie, mais, il peut arriver qu'elle reste latente jusqu'à la fin et soit une trouvaille d'autopsie. Dans l'observation XXI, le diagnostic d'abord en suspens s'éclaire par l'apparition de taches rosées, mais la granulie, trouvée à l'autopsie, resta cachée pendant tout le cours de l'affection.

Observation XXII. — Le malade est un typhique et soigné comme tel ; il faut la table d'autopsie pour découvrir sa granulie et pourtant ici quelques signes pouvaient mettre sur la voie du diagnostic : la dyspnée, la rapidité du pouls 120, l'hémorragie intestinale, une triade qu'on rencontre souvent dans cette association morbide.

Observation XXIII. — Le malade est un typhique avéré. Puis l'intensité des phénomènes pulmonaires oriente vers un diagnostic de tuberculose.

Observation XXIV. — Typhoïde évidente ; quant à la tuberculose, on la découvre à l'autopsie.

Observation XXVIII. — Le malade est un typhique, mais le pouls est rapide et la cyanose très accentuée. Ici encore, c'est l'autopsie qui révèle la nature bacillaire des signes pulmonaires.

Observation XXIX. — Les signes cliniques font penser à une fièvre typhoïde, néanmoins certains symptômes méningés plaident en faveur d'une lésion tuberculeuse ; l'autopsie confirme les deux diagnostics.

Observation XXX. — Le diagnostic primitif est d'abord typhoïde ; puis la persistance des signes pulmonaires et enfin leur évolution rapide et fatale doublent l'affection de tuberculose. Remarquons qu'ici encore le pouls est rapide, le malade se cyanose, il y a une hémorragie intestinale.

Observation XXXI. — Le diagnostic d'abord en suspens est orienté vers la fièvre typhoïde par l'apparition d'une hémorragie intestinale, puis la localisation persistante des signes pulmonaires fait penser à la bacillose. Pouls rapide pendant tout le cours de l'affection. Dyspnée légère, hémorragie.

Quelques indices pourtant peuvent, chez de tels typhiques, éveiller l'idée d'une tuberculose. Il existe en effet une *triade* qui nous a paru sinon constante du moins très fréquente. Le *pouls est rapide*, beau-

coup plus que dans une typhoïde ordinaire, et cette rapidité tient beaucoup moins aux complications qu'à l'association bacillo-typhique elle même. Il est souvent rapide dès le début pour conserver son rythme pendant tout le cours de l'affection et cela en dehors de toute myocardite ou complication intestinale.

Le *cyanose* est le second terme de la triade ; elle commence dans le bain, légère d'abord, puis elle augmente au point d'imposer la suppression des bains, bien qu'on en élève progressivement le degré de température. Les extrémités et les lèvres bleutées, le malade est parfois en proie à une dyspnée extrême et meurt en période d'asphyxie. Le cyanose est de mauvais augure ; quand un typhique présente une coloration trop foncée des lèvres et des extrémités, méfiez-vous. Auscultez soigneusement ses poumons et même s'ils ne présentent rien de particulier, tenez-vous tout de même sur vos gardes.

Enfin les *hémorragies intestinales* ; nous avons vu dans le chapitre précédent avec quelle fréquence on les rencontre et quel élément de pronostic on peut en tirer pour l'évolution ultérieure de la tuberculose ; ici elles ne sont pas plus rares.

En dehors de ces trois signes, *l'intensité des phénomènes nerveux*, de la stupeur, le méningisme et même les phénomènes méningés sont très souvent notés dans cette association. Descos signale encore : « des douleurs provoquées par la pression des membres, un léger degré de raideur de la nuque, une rétention d'urines inconstante, un signe de Kernig fruste. »

CHAPITRE IV

TUBERCULOSE POSTÉRIEURE A LA FIÈVRE TYPHOÏDE

La tuberculose peut être enfin *postérieure* à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire que chez un sujet indemne ou qui paraît indemne de lésions bacillaires, elle peut se développer au cours de la convalescence de la dothiénenterie ou même plusieurs semaines ou plusieurs mois après. Les nombreuses observations de Mercier, Monneret, Valleix, Peter, Fleuret, Cornil, Hoffmann, Castex, Duclaux, Gral, Hutinel, Javez, Bobinet, Dodero, Saleur, Pipet, Vergnaud attestent ce fait.

Cette tuberculose peut apparaître, au cours de la convalescence, *à la façon d'une rechute*. « Le malade paraît guéri, nous dit Dieulafoy, il a néanmoins conservé un foyer de râles fins et persistants. La fièvre reparaît, on croit à une rechute et c'est une tuberculose aiguë ou une phtisie à marche plus ou moins rapide. »

Et cette éclosion de la tuberculose chez les typhiques convalescents, mais affaiblis et épuisés, n'a rien qui doive nous surprendre : ce sont des

proies toutes préparées. L'état de déchéance physique et souvent morale dans lequel se trouvent ces malades, les rend peu aptes à repousser victorieusement l'attaque : le milieu hospitalier, où se trouve en abondance le bacille de Koch, les lésions pulmonaires, propres à la typhoïde et qui prédisposent l'appareil respiratoire, tout concourt à cette éclosion. Les fièvres infectieuses tout comme les maladies chroniques cachectisantes exercent un véritable appel à l'égard de la tuberculose.

Parfois la fièvre bacillaire fait suite sans période d'apyrexie à la fièvre typhoïde : le typhique se rétablit difficilement, il garde des températures subfébriles, puis des signes nets apparaissent à un sommet et l'on assiste à l'évolution ordinaire d'une tuberculose. On ne pense plus ici à une rechute, mais à une forme prolongée jusqu'au jour où des signes précis viennent mettre sur la voie du diagnostic.

Dès lors comment évolue cette tuberculose naissante ? Tantôt lentement en plusieurs années, tantôt au contraire avec une rapidité foudroyante amenant la mort du malade en quelques semaines.

Mais on ne rencontre pas que la tuberculose pulmonaire au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, on peut encore rencontrer la *tuberculose pleurale*. La pleurésie, certes, peut compter chez un typhique au nombre des symptômes de son affection ce sera le pleurotyphus, ce sera même la pleurésie eberthienne généralement bénigne et qui survient au déclin de la fièvre typhoïde, mais on a signalé

d'autres épanchements pleuraux que ceux-là. Au cours de la convalescence, chez un typhique dont la fièvre a évolué normalement, sans incident d'aucune sorte, peuvent, plusieurs jours, parfois plusieurs semaines après la chute de température, survenir de la toux, un point de côté assez violent, brusquement la température remonte à 39-39°5 et le clinicien n'est pas peu surpris de découvrir les signes d'un épanchement pleural.

L'évolution de cette pleurésie est longue, l'épanchement se réforme assez vite après la ponction. Après la guérison on constate souvent des adhérences pleurales, de l'obscurité respiratoire, quelquefois des signes légers d'infiltration du sommet. C'est qu'en effet, ces pleurésies de la convalescence sont en général des pleurésies tuberculeuses. Outre que l'examen bactériologique peut y déceler du bacille de Koch, l'inoculation au cobaye en a révélé plus d'une fois la nature bacillaire.

OBSERVATION XXXIII

(Le Gendre, Soc. med., des Hôp., de Paris, 1893.)

G..., vingt ans, entre à l'hôpital le 13 décembre 1892. Aucun antécédent morbide personnel ni héréditaire.

13 décembre. — Onzième jour d'une fièvre typhoïde sans complication.

Trente-septième jour — Apyrexie.

Quarante-deuxième jour. — Brusque ascension thermique.

30 janvier (59e jour) température 39 degrés. Eruption scarlatiniforme.

7 février. — Début de la desquamation sur le visage, température 38 degrés.

10 février. — Température 39°4.

16 février. — Température 40 degrés. La desquamation continue. En outre le malade s'est mis à tousser, il a de gros râles de congestion dans toute la hauteur du poumon droit.

22 février. — La congestion pulmonaire est intense le malade tousse beaucoup et son expectoration est spumeuse et très abondante. Il est dyspnéique.

On entend quelques frottements pleuraux aux deux bases. L'état général est moins bon. Le malade vomit quelquefois.

27 février. — Râles humides aux deux temps disséminés dans les deux poumons avec prédominance à la base droite où l'on note un peu de submatité. En ce même point on constate encore des frottements et des sibilances. L'expectoration n'a rien de nummulaire, mais elle est toujours abondante, et l'examen micrographique y révèle la présence d'une grande quantité de bacilles tuberculeux. L'amaigrissement s'accentue.

1er mars. — 39-39°6. Les signes pulmonaires sont les mêmes. La dyspnée est un peu plus accentuée.

9 mars. — Adynamie considérable, les lésions pulmonaires semblent se localiser de plus en plus aux deux bases et principalement à droite où l'on constate en outre des sibilances et râles humides habituels, un souffle cavitaire aux deux temps.

11 mars. — Signes stéthoscopiques douteux d'induration au sommet. Par contre au lobe inférieur droit matité accen-

tuée, souffle caverneux et gargouillement, le tout entouré de craquements. Le pouls devient fréquent, petit, inégal. Delire nocturne, sueurs abondantes.

La malade meurt le 14 mars.

Autopsie. — Dans la cavité pleurale droite, il y a 1/2 litre de liquide jaunâtre séro-purulent, cloisonné par des fausses membranes. Dans le poumon gauche, quelques tubercules à la base, et nettement caséeux ; quelques très rares tubercules crus au sommet gauche. Sommet droit : quelques rares tubercules ; lobe inférieur, vers son bord postérieur, on trouve deux petites cavernes à parois déchiquetées et du volume d'une noisette.

Elles contiennent de la matière caséeuse. En plein lobe on trouve un abcès gros comme une mandarine. Au voisinage de cet abcès, une zone de tubercules caséifiés.

Intestin : A la fin de l'iléon on trouve trois petites ulcérations arrondies encore incomplètement séparées au voisinage de la valvule de Bauhin. Dans cette même région on trouve les vestiges d'autres ulcérations déjà cicatrisées.

Fièvre typhoïde normale, puis tuberculose pulmonaire qui évolue rapidement, en moins de trois mois jusqu'au terme fatal.

OBSERVATION XXXIV

(Haushalter, *Revue méd. de l'Est, 1895.*)

Fièvre typhoïde ataxo adynamique ; pendant la convalescence, tuberculose aiguë simulant une rechute de la fièvre typhoïde.

H... Charles, quatre ans. Début de l'affection le 2 décembre 1894, fièvre, diarrhée légère.

10 décembre. — Entrée à l'hôpital ; raideur de la nuque, agitation nocturne, ataxo-adynamie.

Langue saburrale, quelques taches rosées, diarrhée fétide. Signes de bronchite. Pouls régulier, 140.

15 décembre. — Même agitation.

18 décembre.— Persistance de la diarrhée, de la bronchite et des symptômes ataxo-adynamiques.

19 décembre. — Amélioration légère ; pouls 120.

21 décembre. — La diarrhée a cessé.

30 décembre.— Constipation, la stupeur persiste en partie. Amaigrissement.

2 janvier. — L'enfant commence à manger ; température presque normale.

Entre le 8 et le 11 janvier la température remonte et se maintient entre 38 et 39 degrés.

17 janvier. — Otite du côté droit. Température 40 degrés. Pouls 140.

19 janvier. — Diarrhée, délire; agitation. Signes de bron-

chite généralisée. Sommet droit en avant moins sonore qu'à gauche. Submatité des bases.

22 janvier. — Défervescence.

24 janvier. — Les signes de bronchite ont en grande partie disparu ; seules persistent aux bases une obscurité du son à la percussion et des bouffées de râles humides à l'inspiration.

Mais les jours suivants l'état va en s'aggravant et la mort survient le 3 février.

Autopsie. — Muqueuse intestinale injectée au niveau de la valvule iléo-cæcale, à l'endroit des follicules clos et des plaques de Peyer. Plus haut, les plaques de Peyer sont très apparentes, pas d'ulcécation.

Foie : quelques tubercules miliaires crus.

Au hile pulmonaire autour des bronches, grosses masses de ganglions à centre caséeux.

Poumon droit : lobe supérieur tubercules confluents en voie de transformation caséeuse.

Poumon gauche : tubercules miliaires disséminés.

Le bacille de Koch est décelé dans les lésions tuberculeuses. Un cobaye inoculé dans le péritoine meurt de granulie au bout de onze jours.

Il s'agit donc ici d'une fièvre typhoïde grave suivie pendant la convalescence d'une bacillose aigue simulant une rechute. L'autopsie vint démontrer à l'auteur, qu'il s'agissait non pas d'une rechute de fièvre typhoïde, mais d'une tuberculose aiguë, mêlée à des complications pulmonaires banales.

OBSERVATION XXXV

(Galliard, *Médecine moderne*, 1897.)

Clémence M..., vingt-trois ans. Depuis deux mois perd ses forces et maigrit.

8 décembre 1896. — Température 38-39 degrés. Langue sèche. Un peu de bronchite.

10 décembre. — Température 39 à 40°2.

11 décembre. — Stupeur, le ventre devient légèrement douloureux à la palpation. Peu de râles dans la poitrine.

17 décembre. — Taches rosées.

25 décembre. — 38°2.

27 décembre. — Descente de la courbe thermique, début de la convalescence.

11 février 1898. — Nouvelle ascension thermique (rechute) de neuf jours.

20 février. — Période d'apyrexie qui dure sept jours.

27 février. — Seconde rechute de onze jours. La malade tousse fréquemment. L'auscultation du sommet droit fait constater de façon indubitable, une respiration soufflante et des craquements.

Dans la suite les phénomènes s'accentuent : sueurs nocturnes, bacilles de Koch dans les crachats, souffles, craquements humides.

25 mars. — Départ pour la campagne.

En résumé, tuberculose pulmonaire s'affirmant cinquante jours après le début d'une fièvre typhoïde à rechutes.

En réalité, y eut-il véritablement rechutes ? On est plutôt tenté de dire : femme bacillaire ou tout au moins en incubation de bacillose qui contracte une fièvre typhoïde : éclosion de la bacillose pendant la convalescence de la typhoïde : les ascensions thermiques constatées au cours de la convalescence, peuvent très logiquement être rapportées à l'infection bacillaire qui déjà commençait ses ravages.

OBSERVATION XXXVI

(Obs. XX, *in* thèse Pipet)

G..., pas d'antécédents tuberculeux, fait une fièvre typhoïde normale, présente seulement quelques sous-crépitants aux bases : 58 bains.

La convalescence part du 2 mars 1890. Il commence alors à tousser.

20 mars. — Sueurs nocturnes, crachats muco-purulents.

Le malade qui avait engraissé considérablement au début de sa convalescence maigrit. Matité du sommet pulmonaire gauche, craquements secs. Bacilles de Koch dans les crachats.

Le malade part à la campagne et revient au bout de quatre mois, notablement engraissé, toussant encore un peu, mais présentant néanmoins un état général satisfaisant.

On constate une diminution du murmure vésiculaire au niveau du sommet pulmonaire gauche mais sans craquements.

OBSERVATION XXXVII

(Obs. XI, *in* thèse Vergnaud.)

Elise S..., entrée le 9 août 1900 à l'hôpital.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire ; mère bien portante, frère également. Elle même n'a jamais toussé.

A son entrée elle présente des signes de fièvre typhoïde. Séro-diagnostic positif. Délire calme.

15 août. — Vomissements. La malade prend un aspect méningitique. On ne constate aucun signe anormal à l'auscultation de la poitrine.

24 août. — La courbe thermique descend mais le pouls reste relativement rapide.

29 août. — Érythème scarlatiniforme qui dure à peine quelques heures.

3 septembre. — La température monte et fait songer à une rechute.

14 septembre. — Température normale.

20 septembre. — Toux, respiration soufflante, submatité au sommet droit.

Début d'octobre. — Signes très nets d'infiltration du sommet droit.

4 novembre. — Poumon gauche semble aussi présenter des signes d'infiltration.

18 novembre. — Au sommet du poumon en arrière craquements humides. Retentissement de la toux et de la voix. Submatité très nette au sommet du poumon droit.

14 janvier 1901. — L'état général s'est amélioré. Il reste

toujours de la matité au sommet du poumon droit en avant et en arrière, mais il n'y a plus de craquements humides.

OBSERVATION XXXVIII

(Nordmann et Billet.)

Louise V..., vingt-quatre ans. Rien de remarquable dans les antécédents.

15 juillet 1905. — Depuis un mois douleurs abdominales peu marquées, lassitude générale. Petite toux sèche sans expectoration.

A l'entrée, la malade est agitée sans délire. Abdomen un peu météorisé ; pas de taches rosées. Grosse rate. Pouls 108 dicrote. Température 41. Léger disque d'albumine dans l'urine.

Poumons : quelques sibilances diffuses aux bases.

21 juillet. — Séro-diagnostic négatif.

29 juillet. — Séro-diagnostic positif à 1/50.

Depuis le début, les bains sont mal supportés à cause d'une toux qui commence avec l'immersion et persiste pendant toute la durée du bain.

Pas un seul râle dans la poitrine.

31 juillet. — La température remonte à 40 degrés ; nombreux râles de bronchite.

10 août. — La température esquisse une descente.

22 août. — Température normale ; on alimente la malade.

30 août. — Température 40 degrés. On pense à une rechute.

3 septembre. — Douleurs dans l'hypocondre droit, subic-

tère des conjonctives. Foie gros et douloureux ; il s'agit évidemment d'infection des voies biliaires sans cholécystite vraie.

15 septembre. — Angine herpétique avec fièvre.

28 septembre. — Malgré la disparition de l'angine, la fièvre persiste. La malade tousse mais on ne note aucun signe pulmonaire.

10 octobre. — Apyrexie.

23 novembre. — Depuis deux jours, point de côté qui va en augmentant. L'examen décèle des signes d'épanchement pleural.

30 novembre. — Ponction qui donne issue à 500 grammes de liquide un peu louche qui agglutine le bacille d'Eberth à 1/50.

2 décembre. — Depuis la ponction, grandes oscillations thermiques.

6 décembre. — Température 37°2. Les signes de pleurésie persistent à la base. Le liquide retiré par ponction agglutine le bacille d'Eberth à 1 0/00 tandis que le séro-diagnostic est négatif.

23 décembre. — Il persiste de la matité à la base et de l'obscurité respiratoire. L'état général est bon.

31 décembre. — Ponction exploratrice négative. Cependant à la radioscopie le quart inférieur de la cavité pleurale est obscur. Le sommet droit est gris en arrière.

2 mars 1906. — La malade, qui est sortie, revient se faire examiner. Il persiste de l'obscurité et de la matité à la base gauche. Les sommets respirent bien ; état général excellent.

Inoculation de liquide pleural au cobaye. Première inoculation le 1er décembre ; le cobaye est sacrifié le 12 janvier ;

peu de chose ; deuxième inoculation le 6 décembre ; le cobaye est sacrifié le 1er février : gros ganglions lombaires et inguinaux nettement caséeux. Aux poumons, plusieurs tubercules grisâtres translucides.

Il s'agit donc bien ici, d'après les inoculations au cobaye, de pleurésie bacillaire survenue au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde.

OBSERVATION XXXIX

(Jaubert, *Archives générales de médecine*, 1907).

F..., vingt-huit ans, ménagère, entre à l'hôpital le 30 septembre 1905.

30 septembre. — Antécédents personnels : plusieurs bronchites de treize à dix-huit ans. Début de l'affection il y a cinq ou six jours par céphalée, vertiges, nausées. Abdomen légèrement météorisé, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées. Grosse rate ; pas de diarrhée. Température 40°3.

4 octobre. — *Hémorragie abondante* de sang rouge. Pouls petit et rapide.

5 octobre. — Quelques vomissements bilieux ; les jours suivants les matières demeurent teintées de sang.

12 octobre. — La malade commence sa défervescence.

30 octobre. — Malgré un état général encore peu satisfaisant, la malade sort pour achever chez elle sa convalescence.

21 mars 1906. — Rentrée à l'hôpital. Depuis sa sortie elle

ne s'est jamais bien portée. L'affection actuelle aurait débuté par des points de côté à gauche.

Malade déprimée, amaigrie; petite toux sèche, sans expectoration. L'examen décèle un épanchement pleural.

Au bout d'un mois, la malade quitte encore le service légèrement améliorée.

20 juin. — De nouveau retour à l'hôpital, la malade est pâle, anémiée, dyspnéique.

Auscultation des poumons. En arrière, à droite, quelques sibilances et râles humides discrets à la base; à gauche, inspiration rude, expiration soufflante au sommet. A la base : matité absolue avec souffle tubaire.

26 juin — Sous l'influence du repos et du traitement, on constate une légère amélioration.

4 juillet. — La courbe thermique prend une allure hectique. La pleurésie gauche persiste toujours.

7 juillet. — La température oscille aux environs de 39 degrés. Amaigrissement considérable. Dyspnée. Le myocarde est défaillant. En l'absence de parallélisme entre les signes physiques et fonctionnels, on fait le diagnostic de granulie.

15 juillet. — Diarrhée profuse depuis quelques jours. A l'auscultation, pluie de râles et de sibilances dans toute l'étendue des deux poumons.

17 juillet. — L'état général s'aggrave.

20 juillet. — Mort par aggravation progressive de tous les symptômes.

Autopsie. — Plèvre droite : 200 grammes de liquide clair. Base gauche : pleurésie enkystée contenant 4 à 500 grammes de liquide citrin. Ganglions trachéo-bronchiques en voie de

caséification. Poumon droit : granulie généralisée. Poumon gauche : mêmes lésions granuliques. Péricarde : contient 500 grammes de liquide clair sans trace de lésions anciennes. Rate : lésions discrètes de granulie. Intestin : à un mètre du cæcum sur l'iléon, grosse ulcération hypertrophique à bords saillants, ovale transversalement.

Il s'agit donc ici d'une fièvre typhoïde qui évolue, en somme, normalement, à part une hémorragie intestinale. Mais la malade se remet lentement, la convalescence traîne, pour aboutir cinq mois après à une pleurésie, puis deux mois plus tard à une granulie qui l'emporte.

OBSERVATION XL

(Josserand et Courmont

Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 1906.)

Adélaïde B..., quinze ans, pas d'antécédents.

29 septembre 1905. — Malade depuis huit jours : céphalée, prostration, diarrhée, épistaxis. Rate non perceptible. Température 40. Pouls 100. Rien au cœur ni aux poumons. Séro-diagnostic négatif.

3 octobre. — Même état. On note à l'auscultation sous la clavicule gauche, une inspiration rude ; quelques crachats muco-purulents. L'analyse bactériologique n'y décèle point de bacille de Koch.

5 octobre. — Séro-diagnostic négatif une seconde fois.

6 octobre. — Submatité à la base du poumon gauche, quelques frottements aux deux bases.

9 octobre. — Taches rosées. Séro-diagnostic négatif.

13 octobre. — Petit épanchement à droite et à gauche.

25 octobre. — Apyrexie. Les signes d'épanchement ont diminué.

A partir de cette époque la malade entre en convalescence.

11 décembre. — Brusque ascension thermique : point de côté à droite. Avec le liquide retiré par ponction explora trice, le séro-diagnostic typhique donne une ébauche d'agglutination. Le séro-diagnostic tuberculeux est positif à 1 pour 5 Inoculation à un cobaye qui devient tuberculeux.

19 décembre. — Avec le sang de la malade : séro-diagnostic négatif au point de vue typhique (ébauche d'agglutination à 1 pour 10) très positif au point de vue tuberculeux.

24 décembre. — Apyrexie et grande amélioration.

23 janvier. — Guérison complète, sortie.

OBSERVATION XLI (Personnelle)

R... entre à l'hôpital le 26 février 1914 avec le diagnostic d'embarras gastriqne fébrile. Pas d'antécédents bien nets.

Il se plaint d'être mal portant depuis une dizaine de jours : courbature généralisée, anorexie, vomissements, céphalée. Pas d'épistaxis. Le malade est légérement prostré, répond mal aux questions posées ; le visage est congestionné ; la langue suburrale au milieu et rouge sur les bords.

Sur le pilier antérieur du voile du palais, ulcération ovalaire grosse comme une petite lentille. Pas de gargouille-

ment ni de douleur dans la fosse iliaque droite. Rate perceptible.

Appareil pulmonaire : submatité surtout marquée à la base gauche. Râles ronflants et sibilants des deux côtés. Sous-crépitants à la base gauche en arrière.

Cœur normal. Température 39 degrés. Pouls 90.

Séro-diagnostic positif.

On donne au malade trois bains par jour. Les deux premiers sont donnés à 30 degrés. Mais le malade ne semble pas les supporter facilement ; la différence des températures prises avant et après le bain est de 1/10 à 2/10 de degré. Les autres bains sont donnés à 35 degrés ; les différences de température sont de 7/10 à 8/10.

1er mars. — Hémoculture positive.

2 mars.— Le cœur est plus rapide et tend au rythme fœtal. Injection sous-cutanée de sulfate de strychnine : 2 milligrammes et sulfate de spartéine : 3 centigrammes.

4 mars. — Injection de 1 centimètre cube de vaccin de Besredka ; aucune réaction, pas même locale.

6 mars. — La respiration devient gênée. La prostration est toujours la même, le pouls s'est accéléré, le malade ne retient ni urines, ni matières fécales. Nous sommes en présence d'une typhoïde grave.

7 mars. — Seconde injection de 2 centimètres cubes de vaccin de Besredka ; pas de réaction. Le pouls devient rapide et de plus en plus petit et filant.

XX gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000.

8, 9, 10 mars. — Adrénaline, XX gouttes.

11 mars. — Injection de 3 centimètres cubes de vaccin de Besreska ; pas de réaction. Les phénomènes cardiaques ont

disparu progressivement. La courbe thermique elle-même esquisse une descente, 38°6-39 degrés ; mais le pouls reste rapide : 116-120.

Poumons : signes de bronchite généralisée avec sous-crépitants à la base gauche.

Dans la soirée, le malade qui pendant tout le cours de sa typhoïde eut le visage congestionné se cyanose et se trouve brusquement en proie à une *dyspnée extrême*, saignée de 200 grammes.

On cesse les bains.

12 mars. — Température 37°8-38°6. Le malade semble entrer en période de convalescence.

14 mars. — Température 37°3-39 degrés.

18 mars. — Après quelques oscillations, la température atteint 37 degrés.

21 mars. — La courbe thermique remonte progressivement : 37°6-38°4. *Hémoptysie légère.*

23 mars. — Température 38°6-39°2. Devant cette ascension thermique on songe à une rechute. De nouveau le cœur s'accélère, le pouls redevient petit, les urines sont rares et foncées.

Adrénaline, XX gouttes pendant deux jours.

28 mars. — Température 38°4-40°2.

31 mars. — Température 39°4-40 degrés.

4 avril. — Température 37°4-39°2. Aux poumons les signes de bronchite généralisée ont disparu pour faire place au sommet gauche à de la submatité avec quelques craquements.

6 avril. — Seconde *hémoptysie* qui dure deux jours, d'ailleurs peu abondante : crachats striés de sang.

8 avril. — Les signes pulmonaires persistent, le malade

tousse et crache abondamment : gros crachats muco-purulents.

10 avril. — Température 36°8-37°2. Reprise de l'alimentation : un potage.

11 avril. — Deux potages.

12 avril. — Potages et purée.

15 avril. — La reprise de l'alimentation fut très bien supportée, celle-ci fut cependant plus rapidement copieuse que pour un typhique ordinaire.

1er mai. — L'apyrexie est à peu près constante.

Au sommet gauche il persiste encore de la submatité avec respiration très soufflante. Plus de craquements.

1er juin. — Le malade est toujours à l'hôpital ; la convalescence est traînante ; l'appétit médiocre. Sur la courbe thermique on note quelques incursions vers le 38. Il tousse encore et crache. Cependant les signes pulmonaires semblent en voie de disparition.

Il s'agit ici d'un typhique qui, au cours de sa convalescence, voit éclore une bacillose de son poumon gauche, bacillose caractérisée au début purement et simplement par une élévation de température qui fait croire pendant quelques jours à une rechute ; puis surviennent des hémoptysies et les signes stéthoscopiques de la tuberculose.

C'est généralement vers le vingtième jour qu'on voit après quelques hésitations ou franchement, la température s'incliner vers la normale et se main-

tenir autour de 37 degrés ; en même temps les symptômes de la fièvre typhoïde disparaissent, la convalescence commence.

Néanmoins, si le malade est un bacillaire en puissance, il conservera de longs jours encore un visage d'inanitié. Par crainte de provoquer une rechute ou une complication (ils ont souvent fait une hémorragie intestinale), la diète est prolongée cinq à six jours après le dernier mouvement fébrile : l'amaigrissement est considérable : c'est un un organisme affaibli, inapte à résister aux infections qui se présentent à lui.

La tuberculose peut éclore plus ou moins longtemps après la dothiénenterie. Tantôt après quatre ou cinq jours d'apyrexie , parfois même davantage, s'esquisse un léger mouvement fébrile qu'on met sur le compte de l'alimentation, d'une infection intestinale, constipation, que sais-je. Puis, la fièvre, se prolongeant, l'attention est éveillée ; on songe à une rechute, la température est aux environs de 39 degrés ; pourtant aucun signe de rechute n'apparaît et ce n'est que par un examen attentif du malade qu'on arrive à découvrir une lésion bacillaire cause de cette ascension thermique, à moins que la toux, l'expectoration, quelques sueurs nocturnes n'aient déjà mis le clinicien sur la voie du mal. Tantôt, au contraire, il faut attendre plusieurs mois avant d'assister à l'éclosion de lésions qui, probablement, existaient déjà à la période typhique ; en effet, la convalescence se passe mal, l'appétit est médiocre, l'amaigrissement persiste, la gaieté à peine à revenir.

La courbe thermique se maintient difficilement à la normale et, lorsqu'on revoit le malade, il avoue qu'il ne s'est jamais complètement remis.

Dès lors la tuberculose peut évoluer de plusieurs façons. Ou bien les signes constatés à l'auscultation n'augmentent pas d'intensité ; la courbe thermique après avoir oscillé quelques semaines entre 38 et 39 degrés retombe à 37 degrés. Puis les craquements secs ou humides qu'on avait pu entendre au début disparaissent progressivement, la toux s'éteint, l'expectoration, qui, dans ces cas, n'est jamais très abondante, se tarit ; sous l'influence d'une alimentation raisonnée mais suffisamment copieuse le malade engraisse, et lorsqu'il sort de l'hôpital c'est à peine s'il emporte avec lui une submatité d'un sommet avec respiration légèrement soufflante.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi ; il peut arriver que cette infection bacillaire soit le début d'une tuberculose à évolution plus ou moins rapide et qui mène le malade à la cachexie finale. Dès lors les signes loin de s'atténuer, ou tout au moins de rester stationnaires, augmentent, les sueurs nocturnes sont abondantes, ici encore l'appétit, malgré une diète forcée de plusieurs semaines, reste médiocre, l'expectoration muco-purulente fourmille de bacilles de Koch, les forces sont lentes à revenir, la fièvre après des oscillations d'un degré tend à l'hecticité, les râles humides sont nombreux et, au bout de deux ou trois mois, le malade qui a parfaitement guéri de sa fièvre typhoïde, qui parfois

même a fait une fièvre typhoïde extrêmement bénigne, meurt de sa tuberculose. Il peut arriver qu'une lueur d'espoir surgisse : un mieux se dessine et on en profite pour envoyer le malade à la campagne. Illusion ! il ne tarde pas à payer son tribut au terrible fléau.

Existe-il quelques signes permettant de prévoir cette bacillose post-diothiénenterique ? Vergnaud dans sa thèse signale ce fait curieux. C'est que « le séro-diagnostic, après avoir été constamment positif pendant toute la durée de la fièvre typhoïde, était négatif, dès que la tuberculose venait d'entrer en scène. » Béchade confirme la même absence de réaction, mais d'une façon moins absolue : trois fois sur sept. D'autre part, la tendance à la cyanose dans les bains, et même en dehors, la rapidité constante du pouls, les hémorragies intestinales qu'ici encore on peut rencontrer, mais, avec une moins grande fréquence qu'au chapitre précédent, tendraient à faire admettre que la tuberculose existait déjà à l'état latent, mais qu'elle attendait pour se révéler une défaillance de l'organisme.

Ce diagnostic de tuberculose peut rester en suspens plusieurs jours. Et d'abord, l'esprit du clinicien, nous l'avons vu, est primitivement tourné vers l'idée de rechute ; pourtant les signes de typhoïde ne réapparaissent pas et la courbe thermique qui procède par grande oscillation fait rapidement abandonner cette hypothèse.

Mr Bernheim (de Nancy) décrit une fièvre de conva-

lescence « qui surviendrait sans lésion organique en raison d'une habitude acquise du système nerveux. » On peut encore songer à une complication tardive ; il suffit d'en rechercher les signes.

Guéneau de Mussy signale les congestions pulmonaires du sommet «à marche traînante subaiguë qui siègent avec prédilection au sommet du poumon, et qui simulent la tuberculose. » On a même prétendu (Milian) que ces congestions du sommet décorées trop rapidement du nom de tuberculose, n'étaient que de simples congestions sans aucun rapport avec une infection bacillaire. Néanmoins, quand ces congestions s'accompagnent de sueurs nocturnes, de toux, d'expectoration mucopurulente ; quand la courbe thermique affecte le type à grandes oscillations, il faut avouer qu'on est bien tenté de penser au bacille de Koch.

Quant au pronostic, il est à peu près impossible à porter. Tel bacillaire qui présente des lésions bénignes au début, voit soudain surgir de terribles complications ; tel autre, aux poumons remplis de râles, voit graduellement s'assécher ses lésions pour recouvrer sinon une santé absolument parfaite, du moins un état compatible avec une longue survie.

APPENDICE

Il ne suffit pas d'avoir montré que la tuberculose et la fièvre typhoïde peuvent s'associer et cohabiter chez un même malade, ni d'avoir esquissé leurs modes de réaction, l'une vis-à-vis de l'autre, il nous faut encore, si nous voulons faire œuvre utile, tirer de ce travail quelques conclusions pratiques, thérapeutiques et prophylactiques.

Et d'abord, les bains : « Malgré l'application systématique de la méthode de Brand, nous dit Descos dans une observation de *granulie et fièvre typhoïde*, l'état général de la malade ne subissait aucune amélioration; bien plus, les bains dont la température avait été baissée, loin d'amener une sensation de bien-être mirent bientôt en évidence de la cyanose et de l'oppression. »

En effet, ces malades supportent mal le bain froid, ils réagissent peu ; c'est à peine si l'on contaste après le bain une baisse de 1/10 à 2/10 de degré ; et surtout ils se cyanosent, ils se raidissent, ils montrent à leur façon que leur organisme n'est point fait pour cette méthode. Et cela est si vrai que lorsqu'au lieu de baigner à 28°, 30° ou 32 degrés, on réchauffe

le bain jusqu'à 36° ou 38 degrés le malade semble alors éprouver du bien-être ; en tout cas; il ne manifeste point sa répulsion par des signes évidents de souffrance.

Il peut enfin arriver que le typhique ne supporte même pas le bain chaud ; dans ces cas les lotions froides, alcoolisées (une ou deux cuillerées à soupe d'alcool pour un litre d'eau) semblent donner de bons résultats.

Dans nos observations interviennent souvent des injections intraveineuses d'électrargol; c'est, pensons-nous, une excellente méthode, surtout dans les cas où l'adynamie est profonde. Mais il faut que l'injection soit intraveineuse pour risquer d'agir avec efficacité.

En cas d'hémorragie intestinale (et nous avons vu qu'elles sont fréquentes), nos observations notent l'injection répétée de 10 à 20 centimètres cubes de sérum antidiphérique ; nous n'insisterons pas sur la valeur de cette thérapeutique.

La question de l'alimentation est capitale ; le bacillaire qui fait un typhoïde risquerait de rester éternellement à la diète si l'on voulait appliquer les règles ordinaires. Il est bien entendu qu'ici la courbe thermique perd toute son importance et nous avons alimenté des malades avec 39 degrés ; c'est une affaire de sens clinique. Il faut savoir juger quand la température de dothiénenterique devient bacillaire ; autrement dit, il faut saisir le moment où le malade entre en convalescence de sa fièvre typhoïde ;

dès lors, il redevient un tuberculeux banal chez qui le régime alimentaire reprend sa place capitale. On voit ici tout l'intérêt du diagnostic de la tuberculose post-dothiénenterique, car si nous avons affaire à une rechute la diète la plus stricte doit de nouveau être observée. Au contraire, s'il s'agit de lésions bacillaires, l'alimentation prend la valeur d'un agent thérapeutique. Néanmoins, hâtons-nous d'ajouter qu'il ne faut point exagérer, et, sous prétexte de suralimentation, compromettre une convalescence qui déjà sera longue : ici, comme en tout, il faut agir avec prudence et discernement.

Nous avons montré par des exemples que la fièvre typhoïde loin, de constituer un brevet d'immunité contre la tuberculose, offrait au contraire un terrain tout préparé pour recevoir et cultiver les moindres infections ; d'autant plus que bien souvent la graine bacillaire préexiste et ne demande qu'à germer ; la typhoïde ne serait que la goutte d'eau qui fait déborder le vase.

Dès lors, une idée doit immédiatement venir à l'esprit ; puisque ces pauvres gens débilités, anémiés sont aptes à contracter ou à voir réveiller en eux un foyer tuberculeux, il faut tout faire pour les en préserver. La première mesure à prendre sera *l'isolement absolu des typhiques*, dans un service qui leur sera spécialement réservé, avec un personnel indemne de tuberculose. *Le personnel sera indemne de tuberculose*, pour une double raison : pour ne point contaminer les malades qu'il soigne d'abord ; puis pour que

lui-même, s'il est bacillaire et par conséquent en état de moindre résistance, ne contracte point la fièvre typhoïde. Il faut, en effet, dans un service de typhiques, des infirmiers forts et vigoureux, très résistants, car la besogne est pénible, et même lorsque ces infirmiers remplissent ces conditions, il arrive bien souvent, surtout dans les épidémies de longue durée, que surmenés, ils payent eux aussi leur tribut. Il faut au moins mettre toutes les chances de leur côté et ne point livrer un malheureux tuberculeux aux incertitudes d'une infection bacillo-typhique.

L'isolement des typhiques, eh oui, on a bien, depuis plusieurs années, parqué les bacillaires dans des salles spéciales, mais comme ils sont légion, on n'a pu les y mettre tous, et beaucoup traînent encore dans les autres salles de médecine générale, semant à profusion, à qui veut bien le prendre, le germe de leur terrible mal. Eux-mêmes peuvent entrer en contact avec le bacille d'Eberth, et avoir ainsi à supporter un assaut, dont leur organisme défaillant se serait certes bien passé.

Mieux encore, au lieu de les isoler en groupe, pourquoi n'isolerait-on pas chaque typhique dans un boxe spécial, comme on fait maintenant pour les contagieux. Ce serait là l'idéal, auquel on parviendra un jour, nous n'en doutons pas.

CONCLUSIONS

1e. Il n'y à pas d'antagonisme entre la tuberculose et la fièvre typhoïde.

2e. La tuberculose et la fièvre typhoïde peuvent s'associer chez un même individu suivant trois modalités assez nettes. — Ou bien la tuberculose est antérieure à la fièvre typhoïde et nous assistons à l'évolution d'une dothiénenterie chez un bacillaire. — Ou bien les deux affections évoluent parallèlement à l'état aigu, ce qui est une éventualité plutôt rare. — Ou bien enfin, la tuberculose est postérieure à la fièvre typhoïde : le malade se tuberculise au cours de sa convalescence.

Cependant il faut remarquer que bien souvent, même lorsque la tuberculose paraît contemporaine ou postérieure à la fièvre typhoïde, en réalité, elle lui est encore antérieure : il s'agit dans ces cas du rèveil d'une lésion bacillaire latente ou insoupçonnée.

3e. Quand une fièvre typhoïde évolue chez un tuberculeux, ces deux affections réagissent l'une vis-a-vis de l'autre de façons différentes. Très rarement la tuberculose est améliorée ; le plus souvent les lésions bacillaires restent stationnaires ou reçoivent un coup de fouet qui les fait évoluer avec plus ou moins de rapidité sans qu'on puisse pour cela établir de règle fixe.

Quant à la fièvre typhoïde, bénigne lorsque les lésions bacillaires restent torpides, elle évolue au contraire de façon grave, compliquée de phénomènes méningés, d'hémorragies intestinales, etc., lorsque la tuberculose se réveille et se met à évoluer de son côte : la gravité de la fièvre typhoïde peut être comptée comme un élément de pronostic sérieux pour l'évolution ultérieure de la tuberculose.

4° La fièvre typhoïde et la tuberculose aiguë granulique peuvent évoluer simultanément chez un même individu. Dans ces cas, plutôt rares, le diagnostic clinique rencontre des difficultés parfois insurmontables.

En effet on peut avoir affaire à une fièvre typhoïde simulant une tuberculose aiguë, ou bien réciproquement, à une tuberculose aiguë (typhobacillose de Landouzy) simulant une fièvre typhoïde. Le diagnostic différentiel ne repose bien souvent que sur des nuances et l'on doit recourir aux métbodes de laboratoire pour avoir une certitude absolue.

Quand les deux affections évoluent parallèlement, il est rare que l'une d'elles ne masque point cliniquement l'autre, au point que cette dernière n'est parfois qu'une trouvaille d'autopsie ; — ou bien le malade se présente comme un tuberculeux, et il faut une complication : hémorragie intestinale, ou l'apparition de taches rosées, de diarrhée ocreuse, etc., pour faire penser à une dothiénenterie ; — ou bien il se présente comme un typhique et bien souvent alors les lésions bacillaires passent inaperçues, à

moins que des phénomènes méningés, péritonéaux, la localisation et la persistance des symptômes pulmonaires ne mettent sur la voie du diagnostic. Il est néanmoins quelques petits signes que l'on rencontre fréquemment dans cette association morbide et qui pourraient à la rigueur donner l'éveil : rapidité constante du pouls, cyanose et dyspnée (bains mal supportés), hémorragies intestinales : triade souvent notée ; également des phénomènes méningés plus ou moins intenses ;

5° Le tuberculose enfin peut éclore au cours d'une convalescence de fièvre typhoïde. Tantôt après quelques jours d'apyrexie, elle naît à la façon d'une rechute avec laquelle on peut la confondre ; tantôt plusieurs mois après une fièvre typhoïde dont le malade ne s'est jamais bien remis éclatent des signes évidents de bacillose pleurale ou pulmonaire. Bien souvent, d'ailleurs, cette tuberculose post-dothiénenterique n'est que le réveil d'une lésion latente ;

6° L'association typho-bacillaire démontrée, il importe d'isoler les malades atteints de fièvre typhoïde, et de les mettre à l'abri de toute cause d'infection par le bacille de Koch. Pour les mêmes raisons, l'isolement des tuberculeux s'impose.

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
F. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Allyn. — A case apparently of typhoïd fever associated vith tuberculosis and nephritis (Med. and Surg. Reporter. Phil., 1897, XXVII, 577-580).

Atlassoff. — De la symbiose du bacille typhique avec d'autres microbes (Annales de l'Institut Pasteur. Paris, 1904, XVIII, 701-711).

Arloing. — Leçons sur la tuberculose, 1892.

Arloing et *Courmont.* — Le Séro-Diagnostic de la tuberculose (Gaz. des Hôpitaux., 1er déc. 1900, p. 1467).

Arloing et *Dumarest.* — Essai expérimental sur un antagonisme signalé par quelques pathologistes entre la fièvre typhoïde et la tuberculose (Soc. Biol. de Paris, 1899, 11 sept., 837-839).

Armengaud. — Tuberculose miliaire. Séro-diagnostic de Widal positif (Revue internat. de méd. et chir., Paris, 1911, XXII).

Babinski. — Journal des connaissances médicales, 1882.

Babonneix. — Un cas de typho-bacillose (Soc. de Ped., Paris, 1910, XII, 60-63).

Barié. — Cas de fièvre typhoïde chez un tuberculeux (Bull. Soc. anat., 1874).

Barth. — L'Alimentation dans la fièvre typhoïde (Journal des Praticiens. Paris, 1904, 801-803).

Béchade. — Tuberculose pulmonaire pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1909-1910.

Bériel. — Un cas de pleurésie hémorragique dans la fièvre typhoïde (Gaz. des Hôp., 1906).

Betke. — Die complicationen des abdominal Typhus. Thèse de Berlin, 1870.

Billaut. — — De la bronchite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1890.

Blanc. — Un cas de typhoïde à début pulmonaire cliniquement tuberculeux (Soc. de méd. milit. franc.. Paris, 1912, 380-283).

Bobinet. — Quelques faits de tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1888.

Bouchnt. — Tuberculose aiguë simulant une fièvre typhoïde (Gaz. des Hôp., Paris, 1875, t. XLVIII. p. 338-347).

Brouardel et Gilbert. — T. III, p. 154.

Cade. — Pleurésie tuberculeuse dans la fièvre typhoïde (Soc. méd. des hôp. de Lyon, 1906).

Camp. — Typhus und acute Miliartuberculose. 8° Wurzburg. 1883.

Caryophillis. — Bacillo tuberculose et réaction de Widal (Presse médicale. Paris, 1910, t. XVIII, p. 124).

Castex. — Contribution à l'étude des accidents pulmonaires de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1879.

Chantemesse. — Fièvre typhoïde et tuberculose (in Traité de médecine Bouchard-Brissaud, t. II, p. 158).

Chantemesse et Ramond. — Méningite tuberculeuse. Sérodiagnostic typhique positif. Coïncidence de tuberculose et de fièvre typhoïde (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1897, 3° s., t. XIV, p. 829-831).

Chappet. — Pleurésie séreuse à grand épanchement au cours d'une fièvre typhoïde (Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 1904, t. II, 459-462).

Chavigny. — Fièvre typhoïde et granulie (Lyon médical, 1902, t. XCVIII, p. 648).

Chollet. — De la Tuberculose au cours de la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1883.

Colson. — Fièvre typhoïde dans le cours d'une granulie (Sot. anat., 1877, p. 50).

Davillé. — Pleurésie et périsplénite dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1893.

Debrie. — Typho-tuberculose. Séro-diagnostic négatif infirmé par l'autopsie (Archives de méd. et pharm. mil. Paris, 1900, t. XXXV, p. 62-66).

Descos. — Fièvre typhoïde et granulie (Lyon médical, 1902, t. XCVIII, pp. 392-402, 437-446).

Dodéro. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1894.

Du Cazal. — Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë (Journal des praticiens, 1896, t. X, p. 17-20).

Duckworth. — Entéris fever followed, by bacillary pulmonary phtisis (Saint-Barth Hospital, Rep. Lond., 1885, t. XXI, p. 115-117).

Fiessinger. — A propos des typho-bacilloses (Journal des Praticiens, 1906, p. 807).

Fleurot. — De l'influence de la fièvre typhoïde sur la phtisie pulmonaire. Thèse de Paris, 1872.

Fouriaux. — Contribution à l'étude de la bronchite du sommet dans la dothiénentérie. Thèse de Paris, 1888.

French (*W.-B.*). — Case of typhoïd fever complicated by pulmonary tuberculosis (Virginia M. semi month. Richmond, 1898-1899, t. III, 642-644).

Funck. — Étude sur l'immunité contre la fièvre typhoïde (Journal de méd. chir. et pharm. Bruxelles, 1894, p. 761-773).

Galliard. — De la pleurésie dans le cours de la fièvre typhoïde. Paris, 1883.

— Tuberculose post-dothiénentérique (Méd. mod. Paris, 1897, t. VIII, p. 609).

Gendre. — Érythème scarlatiniforme desquamatif prolongé avec chute incomplète des phanères pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde ; tuberculose peu avancée (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1893, 3e série, t. X, p. 216 222).

Gentes et Ribereau. — Tuberculose aiguë. séro-diagnostic positif (Journal méd., Bordeaux, 1900, t. XXX, p. 369).

Gilbert et *Lippmann*. — De la réaction agglutinante dans l'ictère (Soc. de biologie, 19 déc. 1903).

Giraudeau. — Fièvre typhoïde et tuberculose intestinale (Rev. méd., 1884).

Gougerot. — Typhobacillose de Landouzy. Diagnostic bactériologique pendant la période d'état (Presse méd. Paris, 1908, t. XXII, p. 537-540).

— Classification des bacillotu-berculoses aiguës : tuberculoses aiguës de Laënnec, granulie d'Empis, typhobacillose de Landouzy (Revue de méd. Paris, 1912, t. XXXII, 788-818).

Gral. — De la fièvre typhoïde chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1883.

Guinon. — Pratique des maladies des enfants, t. IV, p. 460.

Guinon et *Meunier*. — Soc. méd. des hôp., 1896.

— Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées. Séro-diagnostic positif contredit par l'autopsie, et rétabli par les ensemencements cadavériques (Revue mensuelle des mal. de l'enf. Paris, 1897, t. XV, p. 181-193).

— Soc. méd. des Hôp. de Paris, 2 avril 1897, p. 476.

Halbron. — Tuberculose et infections associées. Paris, 1905-1906.

Haushalter. — Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë (Revue méd. de l'Est. Nancy, 1895, t. XXVII, p. 353-367).

Hayem. — Tuberculose miliaire, simulant un début de fièvre typhoïde (France médicale. Paris, 1880, t. XXVII, p. 361-364).

Hayem et *Galliard*. — Fièvre typhoïde et tuberculose (Union médicale, 1880, 2e semestre, p. 481).

— Union méd., sept. 1888.

Hermann. — L'Agglutination du bacille d'Éberth dans la tuberculose (Académie royale de méd. de Belgique. Bruxelles, 1909, 4e semestre, t. XXIII, p. 499-563).

Hublé. — Tuberculose consécutive à la fièvre typhoïde (Gaz. méd. de Nantes, 1886, t. II, 31-33).

Hutinel. — Études sur la convalescence et les rechutes dans la fièvre typhoïde. Thèse d'agrégation, 1883.

— Septicémie tuberculeuse et typhobacillose (Gaz. méd. de Nantes, 1912, 2e semestre, t.XXX, p. 41-66).

Imbert. — Du diagnostic différentiel entre la fièvre typhoïde et la fièvre tuberculeuse (Gaz. heb. des scienc. méd. de Montpellier, 1891, t. XIII, p. 73-86).

Jaccoud. — Fièvre typhoïde chez un sujet tuberculeux (Gaz. des Hôp., 1888, p. 253).

Jacquinet. — Sur un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose pulmonaire (Union méd. du Nord-Est. Reims, 1897, t. XXI, 373-377).

Janez. — Contribution à l'étude de l'antagonisme en pathologie et spécialement de l'antagonisme de la fièvre typhoïde et de la tuberculose. Thèse de Lyon, 1883.

Jaubert, — Tuberculose et fièvre typhoïde. Thèse de Lyon, 1906.

— Un prétendu antagonisme entre la fièvre typhoïde et la pleurésie (un cas de fièvre typhoïde suivie de pleurésie et de granulie) (Archives gén. de méd. Paris, 1907, p. 752, 760).

Jaugey. — Contribution à l'étude de la pleurésie dans la fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1888.

Jolly. — Fièvre typhoïde compliquant une tuberculose pulmonaire avancée. Autopsie (Bull. Soc. anat. de Paris, 1896, XXI, 457,464).

Josias. — Granulie et fièvre typhoïde. Hémorragie intestinale (Tribune méd. Paris, 1901, XXXIV. p. 345-346).

Josserand et *Courmont.* — Pleurésie tuberculeuse au cours d'une fièvre thyphoïde (Soc. méd, des Hôpitaux de Lyon, 1906).

Kahn. — Du diagnostic clinique entre la granulie à forme typhoïde et la fièvre typhoïde (Indépend. méd. Paris, 1899, p. 177).

Kelsch. — Tuberculose pulmonaire et bacille typhique (Acad. de Méd., fév. 1892).

Kiener et *Villard.* — Note sur un cas de fièvre typhoïde et

de tuberculose aiguë combinées (Soc.biol. Paris, 1893, V, p. 14-18).

Kirsch. — Ueber experimentelle pseudo-tuberkulose durch eine varietat des bacillus paratyphi. B. (Arch. hygr. Münch. Berlin, 1913, XXVII, 327-383).

Lacombe. — Les Pleurésies typhiques (Journal des Praticiens. Paris, 1905, XIX, p. 642-648).

Laënnec (T.). — Tuberculose et fièvre typhoïde à propos d'une leçon du professeur Potain (Journal de méd. de l'Ouest. Nantes, 1886, XX, 22-24).

Landouzy.— Typho-bacillose (Cliniques méd. Charité, 1883, 1884-1885-1886; Journal des praticiens, 1885, p. 448. — Gaz. des Hôp., 1886, p. 41. — Congrès de la tuberculose, 1891. — Presse médicale, 1908, p. 681).

— De la fièvre bacillaire prétuberculeuse à forme typhoïde (Semaine méd. Paris, 1891, XI, 225-228).

Laydeker. — Considérations sur la symptomatologie et le diagnostic de la tuberculose aiguë à forme typhoïde. Paris, 1866.

Lazareff (N.S.).— K. voprosu o nevosprumchivosti tuberkuloznik sefilitikov, etc. (Immunité des tuberculeux et des syphilitiques vis-à-vis de la fièvre typhoïde. Observations cliniques (Meditsina Saint-Pétersb. 1897, IX, 504, 534, 551, 570).

Le Covec. — Sur quelques cas de fièvre typhoïde chez les tuberculeux. Thèse de Paris, 1878.

Lemoine. — Présence du bacille d'Eberth dans les selles d'un homme atteint de tuberculose aiguë. Séro-diagnostic négatif (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1896, XIII, p. 675-677).

Léouville. — Tuberculisation généralisée. Difficulté du diagnostic entre la tuberculose miliaire et la fièvre typhoïde (Soc. anat. Paris, 1873, XLVIII, p. 6-8).

Letulle. — Un cas de fièvre typhoïde chez une cavitaire (Arch. génér. de Méd. 1884, XIV, p. 528 et 665).

— Exploration du sommet du poumon.

— Arch. gén. méd., novembre et décembre 1884.
— Presse méd., 1905, p. 753, 769, 801, 818).

Letulle et *Verliac*. — Fièvre typhoïde et granulie (Soc. méd. des Hôp., de Paris, 22 juin 1906).

Leudet. — Phtisie aiguë chez l'adulte. Thèse de Paris, 1851.

Loison et *Simonin*. — Arch. de méd. et pharm. mil., 1893, XXII, p. 219.

Mercier. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la phtisie aiguë. Thèse de Paris, 1855.

— Pseudo fièvre typhoïde, précédée d'une pleurésie et suivie neuf mois après d'une péritonite (Rev. méd. de la Suisse. Genève, 1887, VII, p. 661-665).

Milian. — Fièvre typhoïde et tuberculose chronique (Presse méd., 17 octobre 1900, p. 275).

Mosny et *Beaufumé*. — Pleurésie tuberculeuse au cours d'une fièvre typhoïde (Tribune méd. Paris 1904, XXXV, p. 437, 440).

Mouriquand. — La diazo-réaction d'Ehrlich et les poussées évolutives de la tuberculose (Revue de méd. Paris, 1911, XXXI, p. 556, 559).

Nordmann. — Les pleurésies de la fièvre typhoïde. Etiologie et symptômes (Gaz. des Hôp. de Paris, 1907, p. 675-679).

Nordmann et *Billet*. — Pleurésies du déclin et de la convalescence de la fièvre typhoïde (Arch. gén. de méd. Paris 1906, 1537-1544).

Pierret et *Duhot*. — Pneumonie ou pneumotyphus. Séro-agglutination positive, douze ans après une première atteinte de fièvre typhoïde. Résultats de l'hémoculture (Echo médical du Nord. Lille, 1913, XVII, p. 157).

Pipet. — Tuberculose et fièvre typhoïde. Paris, 1899.

Potain. — Pleurésie et tuberculose dans la fièvre typhoïde (Gaz. des Hôp., 1885).

Remlinger. — Les Pleurésies typhiques (Journal des Praticiens, 1901, XV, p. 120-131).

Révillod. — De l'action de quelques maladies aiguës sur la tuberculisation. 4° Paris, 1865.

— Congrès de médecine de Montpeller, 1898.

Rilliet et *Barthez.* — Traité des maladies des enfants, II, p. 398.

Rivet. — Les Érythèmes graves au cours de la fièvre typhoïde clinique, Paris, 1908, III, p. 728.

Rodet. — Soc. Biologie, 1898, p. 837.

— Essai de traitement de la tuberculose expérimentale sur des cultures de bacilles d'Eberth et coli (Soc. Biol., 1899, p. 907).

Rodmann. — Diagnosis of typhoïd fever from tuberculosis (Med. Standard, Chicago, 1889, VI, p. 176).

Roth. — Typhoïd fever complicated by typhobacillary infection (Gen. practitionen East, Saint-Louis, 1911, XXIX, p. 171-175).

Routaboul. — Les Éléments figurés du sang dans la tuberculose pulmonaire (Revue Judiciaire, Lyon, 1911).

Saleur. — Association de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë, 4° Nancy, 1895.

Sarda et *Villard.* — Un cas de fièvre typhoïde et de tuberculose aiguë combinées (Montpellier méd., 1893, II, p. 845-847 ; Revue de Méd., Paris, 1893, XIII, p. 852-862).

Savy. — Tuberculose miliaire prise pour une fièvre typhoïde. — Traitement par les bains froids. Mort (Lyon médical, 1874, XVI, p. 468-471).

Scarabrick. — A case of acute phtisis following typhoid fever (Lancet, Londres, 1911, I, p. 1574).

Standthartner. — Typhus und tuberculose (Tod Aerztl. Ber. d K. K. allg. Krankenh zu Wien., 1890, p. 53).

Thirial. — De l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et les maladies graves en général et spécialement de l'antagonisme entre la fièvre typhoïde et la phtisie tuberculeuse (Union méd., Paris, 1855, IX, p. 447 ; Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1853, p. 451-471).

Toussaint. — Fièvre typhoïde, Bronchectasie et adénopathie

bronchique tuberculeuse (Soc. anat., Paris, 1885, LX, p. 121-126 ; Arch. méd et pharm. méd., Paris, 1885, VI, p. 190-195).

Vazeille. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde simulant la tuberculose, 4° Paris 1885.

Vergnaud. — Tuberculose et fièvre typhoïde. Thèse de Paris, 1905-1906.

Vulpian. — Tuberculose granuleuse aiguë généralisée, simulant une typhoïde (Cliniques médicales de la Charité, 1879, p. 378-382).

Weil et *Mouriquand.* — Fausse typhoïde d'origine bacillaire (Lyon médical, 1909, CXIII, p. 1093-1095; Soc. méd. des Hôp. de Lyon, 1909, XIII, p. 405-407).

Whittaker. — Typhoïd fever on tuberculosis (Oho, M. J. Cincin., 1892, III, 1-3).

Widal. — Critique d'un cas positif de séro-diagnostic au cours d'une granulie (Annales de l'Inst. Pasteur, 1897, p. 426).

— Rapport sur les associations microbiennes (Congrès de Montpellier, 1898).

— La Congestion pulmonaire dans la fièvre typhoïde (Journal des praticiens, 1903, p. 775).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — *Historique*	11
Expérimentation	17
Fréquence de l'association typhobacillaire	20
CHAPITRE II. — *Tuberculose antérieure à la fièvre typhoïde*	23
Tuberculose améliorée	25
Tuberculose stationnaire	30
Tuberculose aggravée	37
CHAPITRE III. — *Évolution parallèle de la tuberculose et de la fièvre typhoïde*	59
Observations	61
Étude clinique du diagnostic	83
CHAPITRE IV. — *Tuberculose postérieure à la fièvre typhoïde*	97
Appendice	120
CONCLUSIONS	125
BIBLIOGRAPHIE	129

Imp. de la Faculté de Méd. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris — 2754-14